

**"Sintomatologia de pós-*stress* traumático em menores
expostos a violência interparental"**

VÂNIA AÓNIA DUARTE COSTA

Porto, 2007

Vânia Aónia Duarte Costa

**"Sintomatologia de pós-*stress* traumático em
menores expostos a violência interparental"**

Dissertação apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

da Universidade do Porto, para obtenção do grau de

Mestre em Psicologia da Saúde

Tese realizada sob orientação da

Professora Doutora Ana Isabel Sani

A situação do maltrato infantil tem merecido progressivamente a atenção dos investigadores, sendo actualmente encarada como um problema psicossocial com consequências marcantes. O foco desta dissertação visa especificamente as experiências de vitimação indirecta, designadamente as que se relacionam com a exposição da criança à Violência Interparental.

A literatura revela que a exposição de um menor a uma situação de violência desta natureza, enquanto evento traumático, provoca na criança alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas. Tais manifestações, que por vezes impedem a restituição da homeostasia prévia do organismo, dão origem a sinais e sintomas severos, persistentes e disruptivos, que atingem um nível patológico e originam sintomatologia característica, podendo resultar, em alguns casos, em reacções típicas de uma Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST).

São várias as perspectivas teóricas que defendem que testemunhar um episódio de violência, particularmente um que envolva familiares, pode ser suficiente para produzir reacções de *stress* e despoletar alterações psicofisiológicas significativas que se ininterruptas, através de uma série de mecanismos podem de facto originar, no limite, uma PPST. No entanto, a par dos mecanismos subjacentes ao desenvolvimento desta perturbação existem variáveis mediadoras que, pelas suas características singulares, minimizam ou intensificam as sequelas resultantes do processo de ajustamento do menor à experiência traumática da exposição à violência interparental.

A concretização do nosso projecto de investigação teve como desígnio a adaptação e validação para a população portuguesa da Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças (Duarte Costa & Sani, 2006), a partir do original *The Child PTSD Symptom Scale* (CPSS) de Foa, Johnson, Feeny e Treadwell (2001), o que nos permitiu avaliar a incidência de sintomatologia de pós-stress traumático numa amostra de 67 menores, de ambos os géneros, na faixa etária entre os 8 e os 18 anos de idade, sinalizados por instituições e/ou técnicos especializados como tendo experienciado situações de violência interparental (GI). Os resultados do estudo comparativo entre o GI e o GII (69 menores sem experiência de violência interparental) revelaram uma correlação entre a experiência de exposição à violência interparental e a presença de sintomatologia de pós-stress traumático.

ABSTRACT

The situation of child maltreatment has progressively deserved the researcher's attention, being seen at present as a psychosocial problem with significant consequences. The focus of this dissertation specifically aim the indirect violence experiences, designedly those who are related with children's exposure to interparental violence.

The literature revelled that child exposure to a violence situation of this nature, while traumatic event, provoke in children emotional, behavioural, cognitive and physiological changes. Those manifestations that occasionally obstruct the previous homeostasis restitution of body, origin severe, persistent and disruptive signs and symptoms that in a pathological level cause specifically symptomatology, that could in some cases result in typically reactions of a Posttraumatic Stress Disorder (PTSD).

Are several the theories that support that witness a violent episode, particularly one involving family members, may be sufficient to produce stress reactions and to incite significant psychophysiological changes that if incessant, by a variety of mechanisms can be able to cause in fact, on limit, a PTSD. Although, beside the underlying mechanisms in the development of PTSD exists mediate variables that by its singular characteristics, minimize or intensify the sequels resulted in the child manage/coping process to the traumatic experiences of interparental violence exposure.

The materialization of our investigation project had as purpose the adaptation and validation of the *Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças* to Portuguese population, based in the original The Child PTSD Scale (CPSS) of the Foa, Johnson, Feeny and Treadwell (2001), that allowed us to analyze the incidence of posttraumatic stress disorder symptoms in a sample of 67 children, of both gender, in ages 8 to 18, signalized by institutions and/or specialized technicians as been experienced interparental violence situations. The results of the comparative study between GI and GII (69 children without the experience of being exposed to interparental violence) revelled correlation between interparental violence exposure experiences and the presence of posttraumatic stress symptomatology.

RÉSUMÉ

La situation de maltraitance enfantine va mériter progressivement l'attention des chercheurs, étant actuellement vu comme un problème psycho-social avec des conséquences marquantes. Le centre de cette dissertation vise spécifiquement les expériences de victimes indirectes, surtout celles qui se rapportent à l'exposition de l'enfant à la violence inter parentale.

La littérature révèle que l'exposition d'un mineur à une situation de violence de cette nature, comme événement traumatique, provoque dans l'enfant des modifications émotionnelles, comportementales, cognitives et physiologiques. Telles manifestations, qui parfois empêchent la restitution de l'homéostasie préalable de l'organisme, donnent origine à des signaux et des symptômes sévères, persistants et disruptifs, qui atteignent un niveau pathologique et origines des symptomatologies caractéristique, pouvant résulter, dans certains cas, à des réactions typiques d'une perturbation d'après stress traumatique (PPST).

Il y a plusieurs perspectives théoriques qui défendent que témoigner un épisode de violence, particulièrement un qui implique des parents, peut être suffisant pour produire des réactions de stress et provoquer des altérations psychophysiologiques significatives qui s'interrompent, à travers d'une série de mécanismes qui peuvent effectivement donner origine au limite, PPST. Cependant, à part des mécanismes subjacents au développement de cette perturbation existe des médiateurs variés qui, par ses caractéristiques singulières minimisent ou intensifie les séquelles résultantes du procès d'ajustement du mineur à l'expérience traumatique de l'exposition à la violence inter parentale.

La concrétisation de notre projet d'investigation a eu comme désignation l'adaptation et la validation pour la population portugaise de l' Echelle *des Symptôme de l'Après Stress Traumatique pour enfants*, à partir de l'original *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)* de Foa, Jonhson Feeny et Treadwell (2001), ce qui nous a permis d'évaluer l'incidence de symptomatologie d'après stress traumatique d'un exemple de 67 mineurs des deux genres, âgé entre 8 et 18 ans, signalés par des institutions et/ou par des techniciens spécialisés comme ayant pour expériences des situations de violences inter parentales (GI). Les résultats de l'étude comparative entre le GI et le GII (69 mineurs qui souffrent d'aucune violence interparentale) révèlent co-relation entre la expérience de violence interparentale et la présence de symptomatologie d'après stress traumatique.

AGRADECIMENTOS

“... Num mar nunca antes navegado por nós, iniciamos a nossa viagem rumo a um destino tão desejado... preparamos a embarcação, os mapas de navegação, os utensílios necessários e embarcamos... por entre os mares deparamo-nos com tempestades, marés exigentes, ventos traiçoeiros, no meio dos quais nos sentimos submergir muitas vezes ... mas a persistência, a cooperação, a firmeza, a audácia e a convicção quer dos comandantes quer de todos os marinheiros a bordo desta aventura levaram-nos a ajustar as velas, a rumar em frente e finalmente... chegamos a bom porto...”

Vânia Aónia D. C.

Os meus agradecimentos a todos aqueles que colaboraram com afinco e permitiram o término desta exigente viagem que foi a minha dissertação de mestrado, em particular:

✧ À minha orientadora, Professora Ana Isabel Sani, pela partilha de experiências, pela disponibilidade, pelo afecto e amizade. Pelo apoio incondicional.

✧ À Coordenação do Mestrado, em especial à Professora Cristina Queirós, pela prontidão com que sempre me atendeu e pelos conselhos e orientações sábias.

✧ Aos meus queridos Pais, meus melhores amigos, por nunca em momento algum da minha existência me terem desamparado... e por jamais terem consentido que me sucumbisse às contrariedades da vida... obrigada por tudo!...

✧ À minha amiga Vera, pela amizade e pela prontidão com que sempre me auxiliou.

✧ Às instituições, técnicos, colegas e pessoas que colaboraram em diferentes fases deste trabalho, e em especial a todos os menores que voluntariamente cooperaram comigo, sem os quais nunca teria sido possível a realização desta dissertação.

✧ Ao Pedro, pelo amor, carinho, compreensão e paciência...

INTRODUÇÃO	11
PARTE I	
ABORDAGEM CONCEPTUAL E TEÓRICA DA PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA INTERPARENTAL	17
CAPÍTULO I - A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL	19
Introdução	20
1.1. Contextualização histórica: o reconhecimento da vitimação indirecta	20
1.2. A controvérsia das terminologias e conceptualizações	26
1.3. “ <i>Família... lugar de perigo</i> ”: a violência interpARENTAL e a relação pais-criança	29
Conclusão	33
CAPÍTULO II - A EXPERIÊNCIA DA VIOLÊNCIA INTERPARENTAL: A COMPREENSÃO DOS PROCESSOS E MECANISMOS NA VIDA DAS CRIANÇAS	36
Introdução	37
2. 1. Perspectivas Teóricas	37
2.1.1. Algumas teorias explicativas centrais	37
2.1.1.1. Hipótese do ciclo de violência	37
2.1.1.2. Hipótese da disrupção familiar: o conflito interpARENTAL enquanto <i>stressor</i> familiar severo	40
2.1.1.3. Perspectiva da psicopatologia desenvolvimental	42
2.1.1.4. Teoria do “ <i>trauma</i> ”	44
2.1.1.5. Perspectiva “ <i>multidimensional</i> ”	47
2.1.2. Resenha das teorias mais pertinentes para o tema em estudo	51
2.1.2.1. A Teoria do <i>stress</i> pós-traumático de Silvern e Kaersvang (1989)	51
2.1.2.2. A Teoria de <i>stress</i> e <i>coping</i> Jaffe, Wolfe e Wilson (1990)	52
2.1.2.3. A Hipótese da “segurança emocional” de Cummings e Davies (1994)	54
2.1.2.4. Hipótese dos “padrões de preservação da segurança emocional” de Davies, Forman e Lindsay (1999)	57
2.2. Variáveis/Mecanismos de mediação centrais das respostas de <i>stress</i>	60

2.2.1. O <i>coping</i>	60
2.2.2. O suporte emocional familiar	64
2.2.3. O maltrato directo	65
2.2.4. Outras variáveis relevantes	66
Conclusão	67

CAPÍTULO III – A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL NO PERCURSO

DESENVOLVIMENTAL DA CRIANÇA: DO CONFLITO AO AJUSTAMENTO	69
Introdução	70
3.1.A sintomatologia desadaptativa como consequência da exposição à violência interparental: o papel da cognição e da emoção	71
3.2.A Perturbação de pós- <i>stress</i> traumático	73
3.2.1. Resenha histórica	73
3.2.2. Definição de PPST e critérios de diagnóstico	77
3.2.3. Modelos explicativos e mecanismos subjacentes ao desenvolvimento e manutenção da sintomatologia de PPST	79
A – Algumas teorias clássicas	80
3.2.3.1. Teoria de resposta ao <i>stress</i>	80
3.2.3.2. Teoria do condicionamento	81
3.2.3.3. Teoria do processamento de informação	82
B – Teorias Contemporâneas	83
3.2.3.4. Modelo das trajetórias de vida desenvolvimentais	83
3.2.3.5. Modelo neurobiológico	83
3.2.3.6. Modelo multifactorial	84
3.2.3.7. Modelo integrativo conceptual	84
3.2.3.8. Modelo etiológico	85
3.2.3.9. Teorias cognitivas	86
3.2.3.9.1. Teoria do processamento emocional de Foa, Steketee e Rothbaum (1989)	87
3.2.3.9.2. Modelo de processamento cognitivo de Creamer, Burgess e Pattinson (1992)	88
3.2.3.9.3. Modelo cognitivo-desenvolvimental	90
3.2.4. Factores de Risco	91
3.3. A violência interparental enquanto experiência traumática	93

3.3.1. A resposta de pós-stress traumático em crianças vítimas de violência interpaparental	93
3.3.2. Variáveis mediadoras de PPST na violência interpaparental	96
Conclusão	98

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO ACERCA DA INCIDÊNCIA DE SINTOMATOLOGIA DE PPST EM JOVENS QUE EXPERIENCIARAM VIOLÊNCIA INTERPARENTAL	100
---	-----

CAPÍTULO IV - O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: DA FASE CONCEPTUAL À METODOLÓGICA	101
--	-----

Introdução	102
4.1.O Desenho de Investigação	102
A- A fase conceptual	104
4.1.1. Definição do problema	105
4.1.2. Hipóteses	105
B- A fase metodológica	106
4.1.3. A metodologia	107
4.1.3.1.O método	108
4.1.3.1.1. O instrumento (Escala de sintomas de pós-stress traumático para crianças)	109
4.1.3.1.2. O processo de amostragem e os procedimentos	111
4.1.3.1.3. A amostra	111
Conclusão	117

CAPÍTULO V - A FASE EMPÍRICA	118
-------------------------------------	-----

Introdução	119
5.1.Validação da Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças	120
5.1.1. Análises Descritivas	120
5.1.2. Índices de correlação	124
5.1.3. Estudos relativos à fidelidade	125
5.1.4. Validade de constructo	127
Conclusão	131

CAPÍTULO VI – ESTUDO COMPARATIVO	132
Introdução	133
6.1. Análises Diferenciais	133
6.1.1. Sintomatologia de pós-stress traumático no grupo I e II	133
6.1.2. Défices no funcionamento em áreas de vida, nos grupos I e II	134
Conclusão	135
CONCLUSÃO FINAL	137
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144
ANEXOS	153

ÍNDICE DE FIGURAS, QUADROS, GRÁFICOS E ANEXOS

CAPÍTULO IV

FIGURA 1 – Fases e etapas do processo de investigação	103
FIGURA 2 – Projecto Global de Investigação	106
QUADRO 1 – Distribuição por Idade (grupo I)	112
QUADRO 2 – Cruzamento das variáveis idade e escolaridade (grupo I)	113
QUADRO 3 – Cruzamento das variáveis Idade e Sexo (grupo II)	114
QUADRO 4 – Distribuição por Escolaridade (grupo II)	114
QUADRO 5 – Cruzamento das variáveis Idade e Escolaridade (grupo II)	115
QUADRO 6 – Teste t para amostras independentes (variáveis idade e escolaridade)	116
GRÁFICO 1 – Distribuição por Sexo (grupo I)	112
GRÁFICO 2 – Distribuição por Escolaridade (grupo I)	113

CAPÍTULO V

QUADRO 7 - Distribuição do item “ <i>Experiência mais stressante</i> ” (grupo I)	119
QUADRO 8 - Distribuição do item “ <i>Tempo decorrido</i> ” (grupo I)	120
QUADRO 9 - Estatística descritiva para os vários itens da escala (G I) – 1ª parte escala	121
QUADRO 10 - Médias e desvios padrão para o total da escala e sub-escalas (G I) – 1ª parte da escala	121
QUADRO 11 - Médias e Desvios Padrão por Género (G I) – 1ª parte escala	122
QUADRO 12 - Médias e Desvios Padrão por Grupo etário (G I) – 1ª parte da escala	122
QUADRO 13 - Médias e Desvios Padrão por Género (G I) – 2ª parte escala	123
QUADRO 14 - Médias e Desvios Padrão por Grupo etário (G I) – 2ª parte escala	124
QUADRO 15 - Matriz de correlação de Pearson (2ª parte escala)	124
QUADRO 16 – Correlações total-subescalas, valores de variância e <i>alpha de Cronbach</i> – 1ª parte da escala (Grupo I)	125

QUADRO 21 – Correlações item-total, valores de variância e <i>alpha de Cronbach</i> – 1ª parte da escala (Grupo I)	126
QUADRO 18 – Correlações item-total, valores de variância e <i>alpha de Cronbach</i> – 2ª parte da escala (Grupo I)	127
QUADRO 19 – Matriz de componentes extraídos a partir da análise de componentes principais (Grupo I)	128
QUADRO 20 – Matriz de componentes por factores (rotação <i>varimax</i>)	129
QUADRO 21 – Nova redistribuição dos itens por factores (depois da rotação <i>varimax</i>)	130
GRÁFICO 5 – <i>Scree Plot</i> (Grupo I)	128

CAPÍTULO VI

QUADRO 22 e 23 – Teste T <i>Student</i> para GI e GII no conjunto dos itens para a 1ª parte da E.S.P.S.T	134
QUADRO 24 e 25 – Teste T <i>Student</i> para GI e GII no conjunto dos itens para a 2ª parte da E.S.P.S.T	135

ANEXOS

Anexo I: Autorização dos autores da CPSS para o processo de validação (via e-mail)	154
Anexo II: “ <i>The Child PTSD Symptom Scale</i> ” – CPSS	155
Anexo III: “Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças” (E.S.P.S.T-C)	156
Anexo IV: Retradução da CPSS	157
Anexo V: Procedimentos de administração da E.S.P.S.T-C	158
Anexo VI: Documento de consentimento informado (para responsáveis legais ou maiores)	158
Anexo VII: Documento de consentimento informado para as instituições	160
Anexo VIII: Matriz de correlação de pearson (1ª parte da escala)	161

INTRODUÇÃO

Durante as últimas décadas tem-se vindo a assistir a um aumento das participações de maus-tratos infantis. Apesar de não se conhecerem e, talvez nunca se venham a conhecer, quais as verdadeiras razões deste incremento de denúncias, o facto é que a problemática da violência e maltrato na infância, progressivamente, tem-se vindo a tornar um problema psicossocial, com consequências não apenas do foro psicológico mas também psicofisiológicas, sendo estas por vezes até mais marcantes.

Quanto às tipologias de violência, verifica-se que se tem negligenciado a vitimação indirecta, que deveria ser tida como uma forma de maltrato independente e capaz de provocar por si só, na criança que o experiencia, um *stress*¹ suficiente para despoletar lesões desenvolvimentais significativas. A este nível a nossa atenção vai sobretudo para um das situações mais flagrantes de vitimação indirecta e que é a da exposição da criança à **Violência Interparental**.

As experiências que podem causar nas crianças severas sequelas desenvolvimentais são muitas, sendo a violência interparental uma das mais graves e menos abordada. A prevalência de crianças expostas à violência entre os pais e o impacto desta sobre o seu percurso desenvolvimental, é uma questão que permanece ainda em aberto, sendo ainda necessária e urgente investigação acerca desta problemática.

De facto, a situação das crianças que experienciam pontualmente ou quotidianamente conflitos interparentais não é, tal como se pode verificar através das evidências históricas, um problema social incógnito, mas sim de estudo recente. Os primeiros artigos acerca desta problemática da criança exposta à violência familiar, e que identificavam nestas uma série de problemas, como comportamento agressivo, desordens de ansiedade, insónia e delinquência, foram estudos estrangeiros publicados por Levine e Moore em 1975, quase quinze anos depois de Kempe e seus colaboradores terem abordado o abuso físico infantil pela primeira vez (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver, 1962, cit. Holden, 1998). Mais, o primeiro estudo que utilizava comparação entre amostras, somente foi publicado em 1981, tendo havido entre 1975 e 1995, apenas 56 artigos e três livros², publicados na área da violência interparental (Holden, 1998).

¹ O termo "*stress*" foi introduzido na área da saúde por Selye em 1936, para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um stressor ou situação stressante/traumática. Posteriormente, o termo passou a ser utilizado tanto para designar esta resposta do organismo como a situação desencadeante.

² Um dos quais o célebre *Children of Battered Women*, de Peter Jaffe, David Wolfe e Susan Wilson (1990).

Pensa-se que tal se deva ao facto, do interesse por esta problemática estar de alguma forma relacionada com a ainda recente aceitação da situação da violência conjugal como um problema social (Loseke, 1997; Straus, Gelles & Steinmetz, 1980; cit. Sani, 2002b), e com a crescente sensibilização e consciência pública e profissional do problema do abuso infantil no geral (Nelson, 1984, cit. Sani, 2002b) e do abuso psicológico da criança em particular (Peled & Davis, 1995; Hughes & Graham-Bermann, 1998, cit. Sani, 2002b).

Em Portugal, ainda mais recentemente se começaram a impulsionar alguns estudos³ no sentido da problemática dos maus-tratos, sendo que as investigações na área da vitimação indirecta e sob o impacto da violência interparental nas crianças e adolescentes especificamente, são ainda mais recentes e escassas. Um dos trabalhos de referência nesta área específica é o de Sani (2000), que procurou compreender a *experiência subjectiva de crianças vítimas e testemunhas de crimes*, com o objectivo de perceber o fenómeno da vitimação criminal infantil, baseando-se para tal nos discursos construídos de crianças, vítimas directas ou indirectas de situações de violência interpessoal.

Segundo Sani (2002b), no nosso País não existe informação oficial precisa acerca deste fenómeno, desconhecendo-se estatisticamente a proporção das famílias expostas a estes conflitos, e ignorando-se no contexto das mesmas o número de crianças que experienciam estas situações traumáticas no seu espaço doméstico:

“... A questão das crianças expostas à violência entre os pais, é estatisticamente desconhecida em Portugal e apesar do conhecimento não oficial de que existem inúmeros casos, parece quase que incontornável a tendência para se intervir junto destas quando o problema é inevitavelmente exteriorizado do sistema familiar para instituições sociais...”
(Sani & Gonçalves, 2000, p. 451-452).

Assim, embora desde há muitos anos seja do conhecimento de toda a sociedade em geral que as mulheres têm sido vítimas de violência, de natureza variada, por parte dos cônjuges e companheiros, tem-se desde sempre silenciado o reconhecimento de que este tipo de violência afecta as crianças nela envolvidas, mesmo que indirectamente, deixando nestas sequelas que as podem acompanhar toda a vida.

As investigações que se têm debruçado sobre a violência interparental, conceito este que tem assumido ao longo da história diferentes designações, mostram que esta enquanto evento

³ Tais como os de: Canha (2000), Costa e Duarte (2000), Gonçalves e Machado (2002), Magalhães (2002), Alberto (2004), entre outros.

traumático, provoca na criança alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas. Tais manifestações, que por vezes impedem a restituição da homeostasia prévia do organismo, dão origem a sinais e sintomas severos, persistentes e disruptivos, que atingem um nível patológico e originam sintomatologia característica, podendo resultar, em alguns casos, em reacções típicas de uma perturbação de pós-*stress* traumático⁴. No entanto, o consenso acerca da violência interpaparental provocar este tipo de sintomatologia ainda está longe de ser alcançado, pelo que muitos autores defendem que esta está dependente de inúmeras características pessoais, familiares e situacionais.

De facto, nem todas as crianças que experienciaram situações de conflito interpaparental, e que por isso foram expostas a stressores intensos, desenvolvem sintomatologia de pós-*stress* traumático. Neste sentido, Kilpatrick e Williams (1998) sugerem a existência de factores/variáveis mediadoras⁵ que são responsáveis pela promoção de resistência ou pela minimização da vulnerabilidade, activando desta forma um obstáculo ao desenvolvimento de psicopatologia associada ao *stress*. Quando tal se verifica estas variáveis são designadas como resilientes⁶, sendo que algumas delas, nomeadamente a co-existência de maltrato directo, o suporte emocional familiar e as estratégias/estilos de coping⁷, serão objecto de reflexão teórica neste trabalho.

Concluindo-se, foi no sentido da violência interpaparental ser silenciada no âmbito do seu impacto nas crianças e jovens, e por ser desconsiderada enquanto maltrato infantil, que decidimos incidir o nosso estudo numa amostra específica de jovens que testemunharam a violência entre os pais como um tipo de maltrato indirecto, debruçando-nos especificamente na relação entre esta experiência e a presença de sintomatologia de pós-*stress* traumático como sequela.

Neste sentido, o nosso interesse actual é dar um contributo para a compreensão do

⁴ Ou, PPST.

⁵ Caracterizam um mecanismo a partir do qual uma variável independente, como a violência interpaparental, influencia os resultados, como a adaptação/ajustamento infantil (Baron & Kenny, 1986, cit. Cummings & Davies, 2002). Segundo Cummings e Davies (2002), uma variável mediadora é, por definição, conceptualizada como explicando, pelo menos em parte, como e porquê os factores de risco, como é o exemplo do conflito interpaparental, despoletam sequelas desadaptativas na criança que o experiência.

⁶ A resiliência consiste num conjunto de processos que interrompem a trajectória que leva uma criança que se encontra numa situação de risco a desenvolver problemas comportamentais, ou seja, é o processo de resiliência que explica o porquê de algumas crianças se adaptarem com sucesso a contextos de *stress* intensos (Margolin, et al, 2001).

⁷ Segundo Gelder, Gath, Mayou e Cowen (1996, cit. Ribeiro, 2005), as *estratégias de coping* podem reduzir os efeitos de emoções fortes provocadas por *stressores*, e são assim designadas por se aplicarem a actividades sobre as quais o indivíduo está alerta ou consciente.

impacto da violência interparental, cruzando para isso duas áreas da psicologia, a da saúde e a do comportamento desviante. No entanto, as sequelas desenvolvimentais decorrentes da violência interparental nos menores, podem ser analisadas sob a perspectiva da psicologia positiva, sendo por isso também um interesse actual o estudo das variáveis resilientes envolvidas no confronto com estas dinâmicas familiares violentas, no sentido de se poder empregar esta investigação numa óptica também de acção, ou seja, com objectivo de estimular o interesse no desenvolvimento de estratégias de intervenção mais eficazes.

Pretende-se assim com este trabalho, apelar para a necessidade de se olhar de forma mais atenta e reflectida para o impacto que este tipo de violência, que envolve figuras importantes de vinculação, traz sobretudo a nível psicológico, mas a outros como o social, o físico, etc., para a criança e jovem que o experiência, procurando-se desta forma contribuir para que se dê mais um passo em direcção ao reconhecimento deste tipo de maltrato.

Esta dissertação decompõe-se em duas grandes partes, sendo que a primeira contempla três capítulos que procuram debruçar-se essencialmente na exposição teórica dos aspectos relacionados com a temática da violência interparental. Toda a segunda parte dedica-se ao estudo empírico, descrevendo-se o processo de investigação.

No âmbito do primeiro capítulo, foi nossa intenção focar a problemática da violência interparental dando uma visão global dos principais marcos históricos que envolveram a problemática dos maus-tratos ao longo das décadas, em especial no que diz respeito ao reconhecimento da vitimação indirecta. Debruçamo-nos ainda no decorrer deste capítulo, na evidente ambiguidade relativa às terminologias e conceitos relacionados com esta temática, assim como nas transformações familiares e consequentes sequelas infantis provocadas pelo conflito interparental.

No capítulo segundo, é nossa pretensão reflectir sobre o impacto de acontecimentos traumáticos, especificamente das experiências de violência interparental, no percurso desenvolvimental da criança e adolescente. Neste sentido, colocamos à discussão uma panóplia de perspectivas teóricas e uma série de variáveis, que sob ópticas distintas procuram explicar os mecanismos envolvidos no surgimento de sequelas desenvolvimentais resultantes da vivência de situações de violência entre as principais figuras de suporte.

O terceiro capítulo procura explicar o impacto da violência interparental na criança, explorando o processo de ajustamento, com base em modelos/teorias e factores mediadores.

Descreve ainda as principais sequelas que podem advir de uma vivência traumática desta natureza, nomeadamente ao nível da sintomatologia de *stress* pós-traumático, quadro sintomático que é abordado detalhadamente também neste capítulo.

A segunda parte do nosso trabalho, que expõe minuciosamente todo o processo de investigação, inicia-se com o capítulo quatro que faz referência a todo o percurso traçado desde a fase conceptual à metodológica. O quinto capítulo, referente à fase empírica, dedica-se ao trabalho de validação da *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)* de Foa, Johnson, Feeny e Treadwell (2001), cuja versão portuguesa *Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças* (Duarte Costa & Sani, 2006), se destinou a avaliar a incidência de sintomatologia de *stress* pós-traumático numa amostra de sessenta e sete menores expostos a situações de violência interparental por comparação a uma amostra de sessenta e nove menores sem experiência prévia de violência interparental, que foi realizada a partir de um estudo comparativo, explanado no capítulo V.

Finalizamos com um debate, suportado em alguns argumentos teóricos, acerca da relação entre a exposição infantil à violência interparental e a incidência de sintomatologia típica de uma PPST, com base nos resultados obtidos estatisticamente.

PARTE I

ABORDAGEM CONCEPTUAL E TEÓRICA DA PROBLEMÁTICA DA VIOLÊNCIA INTERPARENTAL

*“A família é um modelo universal para o viver. Ela é a unidade de crescimento;
de experiência; de sucesso e fracasso; ela é também a
unidade da saúde e da doença”.*

Nathan W. Ackerman

*“Domestic violence causes far more pain than
the visible marks of bruises and scars...”*

Dianne Feinstein

Capítulo I

A Violência Interparental

Introdução

Neste capítulo propomo-nos dar uma visão global da problemática da violência interpaparental, com o objectivo de traduzir a pertinência do tema em investigação. Estamos convictos que apesar de não ser uma problemática de estudo recente, em Portugal, ainda muito pouco se sabe acerca de como as crianças e jovens experienciam a violência entre os pais.

Começamos por elaborar uma breve resenha histórica, delineando os contornos da investigação na área dos maus-tratos infantis, descrevendo os estudos e progressos alcançados desde a vitimação directa até ao reconhecimento da vitimação indirecta, e posteriormente do impacto negativo da violência interpaparental. Ao longo desta resenha, debruçamo-nos também sobre o conflito marital enquanto factor de risco para o desenvolvimento de desordens na criança e jovem que o experiencia, oferecendo uma visão do processo através do qual a violência entre duas figuras de importante vinculação, se transforma numa forma de violência, ainda que indirecta, para o menor, causando-lhe sequelas desenvolvimentais graves

Posteriormente, fazemos referência à ambiguidade e falta de consenso existente relativa à terminologia da violência e dos conceitos a ela relacionados, abordando alguns autores e concepções, que facultam uma melhor compreensão das reflexões que fizemos e nos convenceu a adoptar, neste trabalho, o conceito de *Violência Interparental*.

Ainda neste capítulo, abordaremos as questões associadas às mudanças que ocorrem na relação entre os pais e a criança, quando a família se encontra em crise, motivada por um conflito marital, e de que forma esta vivência disfuncional se vai reflectir nas várias áreas da vida da criança.

1.1. Contextualização Histórica: o reconhecimento da vitimação indirecta

A Violência Interparental tem vindo, progressivamente ao longo dos anos, a ser reconhecida como um sério problema bio-psico-social que pode por isso, por si só, promover o desenvolvimento de consequências graves, a curto e longo prazo no sujeito que é vítima desta. De facto, tem-se verificado que a criança não mais é um alvo absoluto de maltrato directo, como o abuso físico e/ou sexual, mas também uma vítima da violência que ocorre em certos contextos, e que embora indirecta pode provocar inúmeras lesões desenvolvimentais.

É neste sentido, que a violência interpaparental se tem tornado numa problemática que tem vindo a ganhar, no âmbito de algumas instituições de saúde e serviço social, uma importância gradual, começando por isso a impor-se a necessidade dos profissionais compreenderem que para além do fenómeno dos maus-tratos infantis directos, a experiência de viver a violência entre os pais, é também um problema grave e com elevado impacto no percurso desenvolvimental da criança.

No entanto, sempre foram as mulheres as vítimas que mais se identificaram no âmbito da violência dita doméstica ou familiar, sendo que o impacto da experiência da violência indirecta vivida pela criança nem sempre tem merecido, inclusive em Portugal, a investigação e o reconhecimento devido.

Muito embora todas as inquietações e esforços em definir, sinalizar e intervir, a violência interpaparental, sustentadas na convicção de que, tal como defendem Zeanah e Scheeringa, (1997, cit. Sani, 2002a) assim como Miller-Perrin e Perrin (1999, cit. Sani, 2002a), a criança não necessita de experienciar violência directa para ser profundamente afectada, existem ainda muitas pessoas, profissionais e instituições que não admitem esta forma de violência como um tipo de maltrato infantil. Quando observamos, por exemplo, a tipologia das situações de perigo para a Criança e Jovem consideradas pela Comissão Nacional de Protecção de Crianças e Jovens em Risco, verificamos que embora referencie uma série de maus-tratos, de natureza variada⁸, não consideram a violência entre os pais como uma categoria de maltrato infantil independente, nem sequer lhe fazem referência como um maltrato incluído numa das tipologias definidas.

A violência familiar, não é um fenómeno de estudo recente, sendo reconhecida há séculos pelas diferentes civilizações, no entanto, o interesse dos profissionais e investigadores acerca da temática da violência interpaparental só recentemente começou a evidenciar-se e o seu reconhecimento enquanto problemática do foro bio-psico-social só agora começa a suceder-se.

Segundo Alarcão (2002), a violência familiar era já assim reconhecida aquando da década de sessenta, altura em que surge o fenómeno do “*síndrome da criança batida*”⁹. Os

⁸ Tais como: Abandono, Negligência, Abandono escolar, Maus tratos físicos, Maus tratos psicológicos/Abuso emocional, Abuso sexual, Trabalho infantil, Exercício abusivo de autoridade, Mendicidade, Exposição a modelos de comportamento desviante, Prática de facto qualificado como crime por criança/jovem com idade inferior a 12 anos, Uso de estupefacientes, Ingestão de bebidas alcoólicas, Outras condutas desviantes, Problemas de Saúde, Outras situações de perigo (condutas problemáticas da crianças/jovem).

⁹ Kempe define o *Battered Child Syndrome* como uma situação em que crianças pequenas receberam agressões físicas graves, geralmente provocadas pelos pais ou seus substitutos (Canha, 2003).

estudos de Henry Kempe e seus colaboradores Silver, Droegemueller e Silverman (1984) constituíram um marco na história dos maus-tratos infantis, pois permitiram alcançar uma visão global do problema, valorizar a necessidade de equipas multidisciplinares no sentido de orientarem e protegerem a criança, o reconhecimento do risco de recorrência e morte, dados inovadores que são até hoje tidos como verdadeiros e inquestionáveis (Canha, 2003).

Perante uma nova realidade familiar, tida para algumas crianças como um lugar imprevisível, inseguro e até de perigo, assistiu-se a um movimento que foi designado por *Child Abuse*, que se caracterizou por um despoletar de denúncias de maus-tratos infantis que muitas vezes não eram verdadeiras, mas que visto pelo lado positivo permitiu que rapidamente se percebe-se a existência de outros tipos de maltrato infantil. Assim, começaram a surgir várias propostas de designações para substituir a apresentada por Kempe, e em 1963, Fontana, sugeriu um novo conceito, o de *criança maltratada*, que abrangia além da criança batida, outros tipos de maltrato nomeadamente privação emocional, afectiva e nutritiva, negligência ou agressão, conceito esse empregue ainda hoje (Canha, 2003).

Nos anos que se seguiram, inúmeros avanços na área dos maus-tratos infantis foram praticados, tendo sido a aprovação da Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, e mais tarde em 1989, a da Convenção dos Direitos da Criança, pela Organização das Nações Unidas (Canha, 2003), talvez um dos progressos mais importantes. Também em 1977, Kempe fundou a *Internacional Society for Prevention of Child Abuse and Neglect*, que mantém até hoje uma reconhecida publicação mensal, a *Child and Neglect*, e em 1992 iniciou-se a publicação da *Child Abuse Review*, revista oficial da *British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect* (Canha, 2003).

No entanto, apesar dos aspectos positivos que foram trazidos pela crescente preocupação da sociedade face à violência intra-familiar, alguns exageros foram cometidos, nomeadamente a institucionalização preventiva de crianças e o controlo excessivo de famílias ditas de risco, assim como a obrigatoriedade da denúncia, que além dos riscos de denúncias oportunistas, promovia o silêncio familiar pelo medo da justiça, e do segredo partilhado, que muitas vezes origina informação divergente e que em nada contribui para a resolução das situações, além de promover a desresponsabilização de alguns técnicos em detrimento da iniciativa tomada pelos colegas (Pluymaekers, 1996, cit. Alarcão, 2002).

Foi na década de oitenta que, em Portugal, a temática dos maus-tratos infantis começaram a ter o interesse merecido, tendo sido os pediatras os primeiros profissionais a

preocupar-se com este flagelo social. De facto, estes procuraram em conjunto com outros profissionais, nomeadamente das áreas médicas, sociais, e jurídicas, promover uma abordagem multidisciplinar e multi-institucionalizada (Canha, 2003). Ainda segundo a autora citada, foi a Secção de Pediatria Social da Sociedade Portuguesa de Pediatria que realizou em Lisboa, no ano de 1986, o primeiro encontro onde foram abordadas as perspectivas médica, psicológica, sociológica e judicial do maltrato infantil, e apresentados os resultados de alguns estudos na área.

Progressivamente, esta temática foi tendo uma divulgação e foi merecendo uma importância, cada vez maior, tendo sido integrada nos conteúdos programáticos de algumas licenciaturas, e se tornado objecto de algumas pós-graduações e formações, e inclusive impulsionando a criação de legislação adaptada à protecção da criança e da família, a formação de núcleos de estudo e apoio à criança maltratada, e em 1991, a fundação das Comissões de Protecção de Crianças e Jovens em Risco (Canha, 2003).

No entanto, embora nos últimos quinze anos tenhamos assistido, em Portugal, a uma evolução clara nesta área dos maus-tratos infantis, e surjam cada vez mais serviços especializados no apoio destas crianças e jovens, as respostas e os recursos humanos são ainda escassos face o pudor e as sequelas provocadas por este flagelo. Sendo que, o progresso na sua globalidade é considerado, por profissionais de diversos países, como pouco animador (Canha, 2003).

Ao longo destas décadas, alguns estudos começaram a desviar-se da linha de investigação inicial, ou seja, a do maltrato directo, e a demonstrar que as crianças não necessitavam de ser vítimas directas de maltrato para serem profundamente afectadas, sendo que o testemunho de situações de violência seria o suficiente para que estas vissem o seu percurso desenvolvimental lesado. Assim, a temática da vitimização indirecta ganha relevo, e surge uma nova preocupação no âmbito da violência familiar: a **Violência Interparental**.

Segundo Geffner, Jaffe e Sudermann (2000), antes dos anos noventa existiram poucas referências documentadas acerca de crianças vítimas de violência interparental, comparativamente à problemática do abuso sexual e da violência contra as mulheres.

Apesar desta constatação, as referências históricas mostram que por essa altura já alguns investigadores tinham iniciado alguns estudos que mostravam que as crianças oriundas de famílias violentas, estariam mais propensas a serem também elas vítimas de maltrato físico, e como tal, seriam crianças em risco (Carlson, 1984, cit. Rossman, Hughes, & Rosenberg,

1999). Além de crianças com maior probabilidade de virem a sofrer de maltrato directo, os estudos de Rosenbaum e O’Leary, Hughes e Barad, Hershorn e Rosenbaum, associados ao de Elbow (1981; 1983; 1985; 1982; cit. Rossman, et al., 1999), mostraram que muitos dos problemas evidenciados por este tipo de crianças e jovens, podiam ser provocados pelo simples testemunho da violência entre os pais, conclusões que marcaram o início dos muitos anos de investigação que se seguiram acerca da problemática das crianças expostas à violência interpaparental.

Os primeiros estudos publicados acerca desta problemática apenas surgiram em 1975, quase quinze anos após Kempe e os seus colaboradores terem apresentado publicamente o Síndroma da Criança Batida, ou seja, sinais e sintomas para o diagnóstico de uma possível situação de abuso físico (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller & Silver, 1962, cit. Holden, 1998). Tais estudos foram da autoria de Levine e Moore que, ambos em 1975, publicaram investigações que analisavam amostras de crianças que haviam sido expostas a violência marital, e nas quais se identificavam problemas tais como comportamento agressivo, desordens de ansiedade, insónia, e delinquência (Holden, 1998).

Após cinco anos, ocasionalmente surgiam alguns estudos empíricos, embora somente em 1981, Rosenbaum e O’Leary tenham publicado a primeira investigação que comparava amostras de meninos que cresceram em ambiente de violência marital, meninos que cresceram em ambiente de conflito marital, e meninos que cresceram em ambiente de satisfação marital, muito embora não tenham obtido relações significativas entre os que cresceram em ambiente de violência marital e a presença de problemas comportamentais e emocionais (Holden, 1998).

Foi a década de noventa, aquela que parece ter sido sem dúvida marcada por um crescente interesse pelas crianças e jovens expostos à violência familiar, tendo sido no decorrer desta que começaram a surgir também conferências internacionais acerca da temática da violência interpaparental, que demonstraram uma enorme aderência e interesse por parte dos profissionais de primeira linha dos serviços das áreas sociais e humanas (Geffner et al., 2000).

Bonnie Carlson (1984, cit. Holden, 1998), foi uma das investigadoras, da década de oitenta, mais citada e que viria a impulsionar as investigações da década de noventa. Os seus estudos, baseados em dados do *First National Family Survey*, estimaram que pelo menos 3,3 milhões de crianças por ano, residentes dos Estados Unidos da América, e com idades compreendidas entre os 3 e os 17 anos, eram expostas a violência familiar, embora esta tenha

considerado que estes valores estariam abaixo do que se verificava na realidade, devido a variáveis que não havia considerado. Tal como ela previra, em 1991, através de dados obtidos no *Second National Family Survey*, Straus estimou que em cada ano, 10 milhões de crianças eram vítimas de violência marital (Holden, 1998). Outros estudos se seguiram.

Spaccarelli, Sandler e Roosa, no ano de 1994, através de uma amostra constituída por mais de 300 mães, concluíram que 30% destas, com filhos entre os 10 e os 12 anos de idade, tinham sido vítimas de violência física pelos maridos ou companheiros (Holden, 1998). Um ano mais tarde, Silvern e os seus alunos, realizaram um estudo no âmbito do qual entrevistaram vários estudantes, no sentido de verificarem quantos referiam ter experienciado, a alguma altura do seu percurso desenvolvimental, qualquer tipo de violência entre os pais. Deste estudo, eles concluíram que 37%, dos 550 entrevistados, corroboraram ter sido expostos a alguma forma de violência interpaparental, sendo as mais comuns, agressões com objectos, empurrões, bofetadas (Holden, 1998).

Assim, segundo Holden (1998), se generalizarmos estas estatísticas à população geral dos Estados Unidos da América, verificamos que cerca de 48 milhões de crianças que vivem com ambos os cuidadores, ou seja, uma média de 17,8 milhões de crianças, são expostas a violência interpaparental. Valores estes subestimados, uma vez que os estudantes entrevistados no estudo de Silvern eram oriundos de famílias economicamente favorecidas e onde a percentagem de divórcios era menor que a da população em geral.

Em Portugal, o trabalho realizado na área da vitimação indirecta, e da violência interpaparental em particular, é muito limitado e o seu impacto desenvolvimental na criança não tem tido a investigação e o reconhecimento merecido.

Uma das investigadoras de relevo nesta área é Sani, que através de um estudo que se baseou no uso da técnica da entrevista semi-estruturada, dirigida a crianças e jovens com idades compreendidas entre os 6 e os 18 anos, pretendeu conhecer os significados construídos por eles face a situações de vitimação criminal, directa ou indirecta, ou seja, determinar o impacto que as experiências da violência interpessoal teriam na criança e jovem que as testemunharam dando-lhes desta forma, segundo Sani (2000), “voz” numa época em que se assiste a uma preocupação cada vez mais marcada pelo estatuto e direitos da criança. Este estudo veio mostrar que existe uma experiencição múltipla da realidade da violência, que afecta profundamente, sobretudo a nível psicológico mas também ao nível social, físico, e outros, as crianças e jovens (Sani, 2002a). Relativamente à violência interpaparental, Sani

(2002a) concluiu que as crianças a ela expostas constroem significados das experiências muito semelhantes às crianças que são pessoalmente vitimadas, capaz de lhes ocasionar também um impacto negativo da violência. Tal impacto pode verificar-se mediante a análise dos indicadores de *stress*, cognições recorrentes, medos, etc., assim como por constructos pessoais que remetem para responsabilização, insegurança e gravidade. No entanto, segundo o estudo de Sani (2002a), estas crianças e jovens possuem vários recursos adaptativos que mobilizados podem diminuir o impacto negativo provocado pela vivência de situações de violência.

Concluindo, no passado as investigações apenas se baseavam na determinação de relações entre desajustamentos maritais e problemas de adaptação em crianças, e defendiam que o conflito marital não era necessariamente por si só a causa desses problemas, sendo que outros aspectos de um casamento disfuncional poderiam causar da mesma forma sequelas na criança (Cummings & Davies, 1994). Actualmente, parece claro e consensual, embora ainda não reconhecido pela sociedade em geral, que o conflito marital tem uma função de variável mediadora entre o funcionamento do casal e o desenvolvimento infantil. No entanto, apesar de estar documentado que já na década de trinta alguns cientistas sociais começaram a abordar a questão da violência interpapental, estabelecendo relações entre os conflitos maritais e problemas do foro psicológico em crianças que os experienciavam (Hubbard & Adams, 1936; Towle, 1931; Wallace, 1935; cit. Cummings & Davies, 1994), a prevalência de crianças expostas a este flagelo permanece uma questão em aberto (Holden, 1998), e muita investigação acerca da sua incidência, prevalência, impacto, etc., é ainda necessária, especialmente em Portugal.

1.2.A controvérsia das terminologias e conceptualizações

Embora escassos, os estudos desenvolvidos na área da violência familiar têm revelado alguma dificuldade em encontrar uma denominação para classificar a violência enquanto conceito geral assim como a violência entre os pais especificamente vivida pela criança, ou seja, até hoje assiste-se a uma falta de consenso acerca da terminologia e conceptualização sob a qual assentaria a violência, na generalidade, e esta problemática da violência interpapental, em particular.

Como se pode verificar, em 1996, numa reportagem do *National Research Council*

denominada *Understanding Violence Against Women*, muitos investigadores defenderam uma limitada conceptualização e definição de violência que, utilizava como critério para determinar o uso de violência a ocorrência de actos específicos de agressividade física (Jouriles, MacDowell, Norwood & Ezell, 2001). Ao contrário desta conceptualização e definição de violência, outros investigadores defendiam que o constructo de violência era muito mais abrangente e a sua avaliação não deveria ser limitada a actos de agressividade física, mas considerar outros domínios do comportamento, tais como os propostos pela *American Psychology Association Task Force on Male Violence Against Women*: actos físicos, visuais, verbais e sexuais experienciados pela jovem ou mulher como ameaçadores, invasores ou ofensivos e que tenham o efeito de agredir e/ou retirar-lhe a capacidade de controlar o contacto com outro indivíduo (Jouriles et al., 2001).

Neste sentido, a violência interpessoal pode ser caracterizada como um contínuo de tipologias que incluem desde de actos de coerção imperceptíveis, a actos extremos e agressões de ameaça à própria vida (Sani & Gonçalves, 2000), o que significa que podemos encontrar diferentes definições de actos violentos devido à imensa variabilidade do que pode ser considerar violento e inapropriado (Wolfe, Wekerle & Scott, 1997, cit. Sani & Gonçalves, 2000).

Segundo Englander (cit. Sani & Gonçalves, 2000), a violência é definida como um comportamento de agressividade consumado com a intenção de causar dano, quer físico quer psicológico, ou outro, sendo que a concepção de intenção é a ideia chave, uma vez que sem que ela esteja presente, segundo a autora, não podemos falar de violência. No entanto, existem autores que consideram esta definição limitativa, no sentido de que os actos experienciados pela vítima nem sempre resultam de uma conduta agressiva por parte do ofensor, podendo mesmo por vezes a sua intenção não ser a de causar dano mas a de satisfazer impulsos, como acontece numa situação de abuso sexual ou incesto (Sani & Gonçalves, 2000).

Outra controvérsia conceptual que, muitas vezes surge, e pouca atenção tem merecido, é a relativa à diferenciação entre *Conflito Marital* e *Violência Marital*. Tem sido inferido, a partir de algumas investigações publicadas, que o conceito de violência marital é envolvido no constructo de conflito marital, sendo considerado como um acto extremo do mesmo. O que significa, que o conflito marital é definido como multidimensional, onde a intensidade do conflito é uma das várias dimensões, e a violência marital representa o nível máximo de intensidade do mesmo (Grych & Fincham, 1990, cit. Jouriles et al., 2001).

Outros no entanto, encaram a violência e o conflito marital como constructos independentes, encontrando entre eles importantes distinções conceptuais.

O conflito marital, é frequentemente associado como sinónimo de desacordo, e é por vezes operacionalizado através da frequência de certos tipos de desavenças (Porter & O’Leary, 1980, cit. Jouriles et al., 2001). Este, é inclusive considerado por alguns educadores como construtivo, podendo trazer à criança que o experiencia benefícios quando resulta na resolução da desavença, sem que haja obviamente uso de violência (Jouriles et al., 2001).

A violência marital, por sua vez, nem sempre ocorre num contexto de conflito marital, embora os instrumentos de avaliação mais usuais situem frequentemente a violência no contexto do conflito (Jouriles et al., 2001), e muitas vezes ocorre com o propósito do agressor controlar o parceiro e não o de resolver um conflito, sendo que a violência marital surge frequentemente sem que tenha havido sequer um conflito precedente (DeKeseredy & Schwartz, 1998, cit. Jouriles et al., 2001).

Neste trabalho, utilizaremos frequentemente a terminologia de *violência*, como definida por Sani e Gonçalves (2000) enquanto qualquer tentativa de controlo ou domínio de outra pessoa, não se confinando esta ao exercício de actos físicos, como o bater, empurrar, pontapear, mas a outras formas de violência como a psicológica, manifestada no isolamento, controlo de certas tarefas ou papeis, verbalizações insultuosas, controlo e domínio por ameaça de dano a si próprio ou a outros, intimidação, ciúme, ou a violência sexual, expressada em actos sexuais não consentidos ou toques não desejados.

Não raras vezes as crianças que são envolvidas neste tipo de experiências são rotuladas como *testemunhas* ou *observadoras*, ou então são descritas como *expostas* a elas. No nosso entender, também o uso destes conceitos deve obedecer a critérios reflectidos e sensatos, principalmente quando são aplicados em processos jurídicos. Neste sentido, segundo Holden (1998), a aplicação do conceito de *testemunha* nem sempre se faz de forma correcta, uma vez que a criança pode não ter assistido de facto à violência dos pais, mas apenas ter ouvido o incidente, visto as sequelas ou vivenciado o impacto do acontecimento na sua interacção com os cuidadores, o que constitui de igual forma um testemunhar do conflito. Por outro lado, o termo *exposto*, pode levar a sérias confusões pois o conceito da criança exposta à violência não se restringe a esta estar presente na cena em que ocorre a agressão, ou seja, para estar exposta à violência é suficiente que a criança tenha uma mãe que é agredida pelo seu parceiro. Por exemplo, segundo Jouriles et al. (2001), deverá também considerar-se que uma criança

esteve exposta a violência quando esta ocorreu antes do seu nascimento, uma vez que a violência durante a gravidez pode afectar a sua saúde e o desenvolvimento. Neste sentido, a criança não precisa observar a agressão para ser afectada por ela (Jouriles et al., 2001).

Uma controvérsia ainda maior surge quando se aborda a terminologia relativa à violência entre homem e mulher. Desde *violência doméstica*, *violência marital*, *violência entre companheiros*, *abuso da esposa ou abuso da mulher*, surgiram conceitos vários, todos apresentando uma série de limitações. O termo de *violência doméstica* incluiria outros tipos de maltrato tais como o abuso infantil; o de *violência entre companheiros* e o de *violência marital*, implicam somente o casal, não referenciando a relação pais-criança, sendo que o de *violência marital* tem ainda a limitação de determinados casais viverem apenas em regime de união de facto; o de *violência da esposa ou abuso da mulher*, presumiria que a mulher seria uma vítima passiva da violência perpetrada sobre ela, o que não é verdade (Holden, 1998).

Depois de considerarmos as alternativas da terminologia relativa, quer à violência vivida pela criança, quer à violência entre os cuidadores da mesma, decidimos seleccionar aquela que, no nosso entender, consideramos mais pertinente e que apresenta menos limitações: ***Violência Interparental Experienciada***. *Violência Interparental*, porque abrange a violência exclusivamente entre o casal, em regime marital ou de união de facto, não implicando outro tipo de violência familiar, e abrangendo a violência mútua e bidireccional, e principalmente, circunscrevendo a relação pais-criança, ainda que estes possam não ser os progenitores biológicos. *Experienciada*, pois consideramos que abarca quer a criança que testemunha, quer a que é exposta à violência entre os pais.

1.3. “Família... lugar de perigo”: a violência interparental e a relação pais-criança

Nas últimas décadas, investigadores, clínicos e políticos, têm expressado uma preocupação crescente com as consequências negativas que as crianças que testemunham violência marital possam sofrer, mesmo não sendo elas próprias as vítimas directas da violência (Osofsky, 1995, cit. Kitzmann, Gaylord, Holt, & Kenny, 2003).

Assim, e embora os estudos acerca deste tipo de maltrato sejam escassos, comparativamente com a vitimação directa, tal como verificamos na contextualização histórica, as crianças que vivem a violência doméstica no seu contexto familiar têm vindo, nos últimos vinte anos, a ser objecto de estudos e numerosas investigações qualitativas, que

concluíram que este tipo de violência indirecta encontra-se associada a uma panóplia de problemas psicológicos, emocionais, comportamentais, sociais e académicos (Fantuzzo & Lindquist, 1989; Jaffe, Wolfe, & Wilson, 1990; Kolbo, Blakely, & Engleman, 1996; Margolin & Gordis, 2000; Wolak & Finkelhor, 1998; cit. Kitzmann et al., 2003).

De facto, existe actualmente um considerável número de literatura que procura compreender a relação entre os conflitos maritais e os problemas comportamentais e emocionais, manifestados pela criança ou jovem que os experiencia. No entanto, segundo Fincham (1994, cit. Cox, Paley & Harter, 2001), hoje assiste-se a uma mudança na linha de investigação, apostando-se mais na compreensão dos mecanismos e processos através dos quais o conflito marital determina a competência comportamental e emocional da criança. Sendo que, muitas das conceptualizações teóricas desenvolvidas nesta nova linha têm-se centrado sobretudo na relação pais-criança, no sentido de estudarem de que forma a violência interpaparental influencia o percurso desenvolvimental da criança devido ao seu impacto na relação pais-criança (Cox et al., 2001).

A violência entre os cuidadores da criança, que se caracteriza na maior parte das situações como sendo crónica e recorrente, ocorre sobretudo em casa, contexto que deveria ser percebido como seguro e estável (Sani, 2002b). Além disso, as figuras envolvidas no conflito são importantes elementos de vinculação, com os quais a criança mantém um relacionamento afectivo de proximidade, o que vai agravar a adaptação da criança a esta situação. Neste sentido, a violência marital vai inevitavelmente afectar a criança que a experiencia, obrigando-a a reformular toda a sua concepção de família.

Segundo as teorias da vinculação, as crianças que vivem em ambientes de violência familiar, desenvolvem comportamentos de vinculação desadaptativos quando, perante uma figura de vinculação que se deveria caracterizar como fonte de segurança e protecção, esta surge ao mesmo tempo como perigosa, indisponível e não protectora (Main & Hess, 1990, cit. Costa & Duarte, 2000). De facto, *“a característica principal neste tipo de vitimação infantil é o atropelo das necessidades da criança, esse comprometimento das funções de cuidar de quem deles depende”* (Margolin, 1998, cit. Sani, 2002b, p. 100).

Segundo Cox et al. (2001), a investigação sugere que os conflitos maritais podem influenciar a qualidade da relação pais-criança, uma vez que os pais se tornam menos sensitivos e responsivos às necessidades da criança. Além disso, passam a aplicar técnicas disciplinares austeras, disponibilizam às actividades familiares menos tempo e dedicam aos

filhos uma supervisão educacional escassa.

De acordo com a Hipótese “*Spillover*”, os problemas experienciados e expressos num sistema relacional podem ser transferidos para outro sistema relacional (Coiro & Emery, 1998; Engfer, 1988; Erel & Burman, 1995; cit. Cox et al., 2001). Tal significa que, o impacto negativo provocado pelo conflito marital pode contaminar e afectar as interacções entre pais e criança. Resumindo, pais que estão aborrecidos, exaustos, ou desmoralizados devido aos conflitos maritais, serão pais menos disponíveis emocionalmente para as suas crianças (Katz & Gottman, 1996; Volling & Belsky, 1991; cit. Cox et al., 2001), e ao nível básico, eles podem não se encontrar aptos para perceber e detectar as necessidades emocionais das mesmas, e mesmo que estas sejam detectadas eles podem não conseguir responder-lhes com suporte.

Estas relações podem tornar-se ainda mais complicadas quando os sentimentos provocados pelos conflitos maritais levam os pais a transferir às crianças comportamentos de rejeição, hostilidade, ou agressividade física (Eaterbrooks & Emde, 1988; Fauber, Forehand, Thomas & Wierson, 1990; Gottman & Katz, 1989; Jouriles, Barling & O’Leary, 1987; cit. Cox et al., 2001).

Segundo Cummings e Davies (Cummings, 1998; Davies & Cummings, 1994; cit. Cox et al., 2001), as crianças sentem-se seguras no seu ambiente familiar mediante as relações estabelecidas entre os pais e a criança. De acordo com a sua perspectiva teórica sobre a hipótese da “*Segurança Emocional*”, as crianças não reagem apenas à ocorrência do conflito marital, mas também ao significado desse conflito, nomeadamente ao facto desse poder constituir uma ameaça à sua segurança emocional e à integridade do seu sistema familiar. Esta hipótese defende ainda que, a segurança emocional da criança é uma função constituída por três componentes de um sistema regulatório que inclui a regulação emocional, representações internas das relações familiares, e regulação da exposição ao conflito familiar. Neste sentido, pais que vivem conflitos maritais e são insensíveis aos estados emocionais dos filhos podem impedir que estes desenvolvam competências de regulação emocional, uma vez que é através da empatia e das respostas de suporte dos pais que a criança aprende a regular os seus próprios estados afectivos (Katz & Gottman, 1995; Thompson, 1994; cit. Cox et al., 2001). Por outro lado, se estes pais expressam sentimentos de raiva e austeridade para com os seus filhos, vão passar a representar para a criança uma fonte de medo ao invés de uma fonte de conforto (Cummings & Davies, 1995, cit. Cox et al., 2001). Por este motivo, e com o

propósito de reduzir a ameaça à sua segurança emocional, a criança vai tentar mediar o conflito marital (Jenkins, Smith & Graham, 1989, cit. Cox et al., 2001), podendo inadvertidamente aumentar a sua exposição ao mesmo.

Katz e Gottman (1996, cit. Cox et al., 2001), especularam que pais preocupados com os seus próprios conflitos podem afastar-se dos seus filhos, negligenciando alguns aspectos importantes da vida deles, da mesma forma que irão falhar nos cuidados básicos, tais como preparar refeições. Embora este afastamento não signifique uma indisponibilidade emocional, a criança pode experienciar estes comportamentos como sinais de rejeição paparental, ou pelo menos como desinteresse paparental.

Baseados nas teorias dos sistemas familiares, alguns autores tentaram explicar o processo entre o conflito marital e as relações pais-criança. Não raras vezes, estas crianças são rotuladas como *pacientes identificados*, ou seja, são atribuídos a elas os sintomas da disfunção familiar. Desta forma, os pais direccionam os seus problemas e hostilidades nos filhos, funcionando a relação pais-criança como uma fuga à tensão vivida no subsistema marital (Fauber et al. 1990, cit. Cox et al., 2001).

Ainda segundo uma conceptualização sistémica, a violência marital pode muitas vezes impulsionar o desenvolvimento de fenómenos como *triangulação*, *alianças*, e *estabelecimento de tratamentos diferenciais de irmãos*. Neste sentido, um dos pais ou ambos, frequentemente tenta coagir uma criança em particular a aliar-se contra o outro (Minuchin, 1974, cit. Cox et al., 2001), enfraquecendo-se assim as relações maritais em detrimento das outras relações familiares. De facto, as alianças e coligações pai-criança e mãe-criança, são comuns em famílias que vivem situações de violência marital, acontecimento este que irá ameaçar as relações da criança quer com a figura com a qual esta mantém uma aliança, quer com aquela contra a qual ela se aliou, uma vez que é usual que estas desenvolvam sentimentos de ressentimento contra a figura paparental que a estimulou a atrair-se para a outra (Cox et al., 2001). Ainda segundo Cox et al. (2001), estas alianças e coligações, quando se generalizam aos irmãos, vai levar ao estabelecimento de relações diferenciadas entre os subsistemas familiares, e consequentemente a actos activos de rejeição por parte da figura paparental, contra o filho com o qual não mantém um relacionamento preferencial (Cox et al., 2001).

Também os limites familiares se tornam ténues, quando a criança se envolve no conflito entre os cuidadores no sentido de lhe pôr termo, havendo inclusive evidências de que nestas situações, a criança expressará maiores níveis de desajustamento (Jenkins et al., 1989;

O'Brien et al., 1995; cit. Cox et al., 2001), uma vez que se torna mais vulnerável e propensa a se tornar alvo da agressividade paparental (Rosenberg, 1987, cit. Cox et al., 2001).

Pode acontecer ainda que, se verifiquem fenómenos de paparentificação, quando a criança se torna confidente dos pais como resultado de um subsistema paparental conflituoso, ou situações de inversão de papéis. Quer dizer, de acordo com Johnston (1993, cit. Cox et al., 2001), quando a aliança paparental se quebra a criança assume outros papéis familiares inapropriadamente, ou tenta exercer as funções paparentais.

Na perspectiva das Teorias da Aprendizagem, os mecanismos de *modelagem*¹⁰ podem mediar a ligação entre o conflito paparental e a relação pais-criança. Neste sentido, as crianças podem rejeitar os pais como modelos de identificação, deixando de os imitar em comportamentos positivos e podendo inclinar-se para se identificar com modelos inapropriados (Emery, 1982, cit. Cox et al., 2001). No entanto, pode acontecer que estes ao invés disso, a criança tenda a imitar os comportamentos paparentais negativos na sua interacção com eles, ou seja, esta vai transferir para os pais a agressividade vivida na própria díade paparental.

Também no aspecto disciplinar são verificados comprometimentos. É comum que os pais que experienciam discórdias paparentais se tornem rígidos, permissivos ou inconsistentes, nas técnicas disciplinares que empregam na educação dos filhos (Fauber et al., 1990; Stoneman et al., 1989; cit. Cox et al., 2001), uma vez que estes nem sequer se encontram disponíveis para assegurar comportamentos disciplinares paparentais consistentes e estáveis.

Conclusão

Apesar de ainda não ter o reconhecimento merecido pelos técnicos e profissionais das áreas da saúde, sociais, humanas, judiciais, entre outras, assim como por muitas das instituições que prestam serviços de protecção e apoio à criança e jovem maltratado, a vitimação indirecta, sob a forma da violência interpaparental, está bem documentada há já várias décadas.

De facto, o impacto deste tipo de violência no percurso desenvolvimental infantil e juvenil não é um facto recente, existindo inúmeras investigações internacionais que procuram

¹⁰ Consiste na aprendizagem de um comportamento pela observação de um modelo (Bandura, 1965, cit. Gonçalves, 1999).

compreender a relação entre a violência interpaparental e as desordens de internalização e externalização manifestadas por aqueles que a testemunham e experienciam.

Se analisarmos as referências históricas, verificamos que existiu numa primeira fase, uma inquietação em demonstrar que existia uma alta probabilidade de determinadas desordens infantis, a nível do funcionamento cognitivo, social, académico, psicobiológico, etc., estarem estritamente relacionadas com o conflito marital (Ellis & Garber, 2000, cit. Cummings & Davies, 2002). Posteriormente, foram surgindo evidências de que existiam determinados factores/variáveis que poderiam mediar esta relação de causa-efeito, surgindo novos estudos que pretendiam perceber quais os processos envolvidos no desenvolvimento de sequelas nas crianças e jovens que experienciaram entre os pais qualquer forma de violência.

Assim, o interesse crescente da comunidade científica levou a um desenvolvimento marcante desse constructo, no entanto, em Portugal esta evolução não se mostra muito animadora, existindo ainda uma escassez colossai de investigação nesta área.

Em termos de terminologia e definições assiste-se também a uma enorme falta de consenso, verificando-se a utilização de conceitos antagónicos como sinónimos, existindo várias definições para os mesmos conceitos, acabando cada autor por se referir à mesma temática utilizando as concepções que pensa serem as mais correctas. Quer dizer, actualmente verifica-se que a temática da violência em geral, é um conceito ainda amorfo, não consensual, com múltiplas definições e aplicações, pensando-se que a influência das normas sociais e culturais em determinar o que constitui violência, poderá ser uma das causas para que não se consiga alcançar um consenso universal na definição deste conceito (World Health Organization, 2000).

Como já foi referido anteriormente, a criança que experiencia a violência entre os pais, vê-se confrontada com uma situação que é capaz de desencadear sintomatologia desadaptativa. Tal como Wolfe e McGee (1994, cit. Graham-Bermann, 1998) referem, na opinião da maioria dos técnicos e investigadores da área da saúde mental, a mera exposição da criança à violência doméstica consiste por isso, por si só, numa forma de maltrato infantil. Neste sentido, e porque uma situação de vitimação directa sob o parceiro, pode sob a forma de vitimação indirecta afectar o desenvolvimento normal de uma criança, a violência interpaparental não deve e não pode ser silenciada enquanto maltrato infantil.

A violência marital ou dita doméstica, além de provocar sequelas, muitas delas até irreversíveis, na criança, tem um impacto negativo na relação pais-criança. Considerando-se

que a família é um sistema que se influencia mutuamente e a múltiplos níveis, quando existe um conflito entre o casal, a sua disponibilidade enquanto pais reduz-se, podendo assistir-se a comportamentos de negligência, física e emocional, e a actos de agressividade, dirigidos aos filhos. Neste sentido, os pais vão tornando-se fonte de medo e desconforto, o que vai provocar na criança um sentimento de insegurança face à percepção de que o seu ambiente familiar está a desmoronar-se.

Concluindo, a problemática da violência interpaparental torna-se numa paleta de cores que se vão misturando, descobrindo uma panóplia de problemáticas associadas e que se vão influenciado mutuamente.

As crianças que vivem em famílias caracterizadas por violência marital são vitimizadas de formas diversas. São aterrorizadas por ouvirem e observarem os conflitos, e são muitas vezes objecto de diversos tipos de maltrato psicológico, incluindo rejeição, ausência de afecto, isolamento, entre outras, sendo inclusive frequentemente sujeitas a abusos físicos. Paralelamente a este tipo de violência directa e indirecta, estas famílias são muitas vezes, embora não generalizadamente, caracterizadas como sendo carenciadas economicamente, continuamente expostas a violência comunitária, e instáveis profissionalmente e familiarmente (Osofsky, 1995, cit. Holden, Stein, Ritchie, Harris & Jouriles, 1998). Tal significa que, este tipo de crianças é exposta a um contínuo de riscos desenvolvimentais físicos e psicológicos que, mediante processos e mecanismos diversos, discutidos no capítulo seguinte, as tornam mais vulneráveis ao desenvolvimento de problemas de natureza diversa.

Capítulo II

A experiência da violência interparental: a compreensão dos processos e mecanismos

Introdução

Ao longo das últimas décadas, inúmeras concepções teóricas e estudos empíricos têm surgido, numa tentativa incessante de compreender e explicar os efeitos da violência interpaparental no desenvolvimento infantil.

Numa primeira “geração” de estudos, a preocupação era demonstrar que existia uma associação significativa entre as desordens manifestadas pelas crianças e a experiência de situações de conflito e violência interpaparental, vivida pelas mesmas (Cummings & Davies, 2002). No entanto, esta linha de investigação, baseada numa mera documentação estatística, rapidamente começou a ser olhada sob uma concepção demasiado simplista.

Neste sentido, surge uma segunda “geração” de investigações, cujo propósito foi direccionar os estudos para a pesquisa de múltiplos factores e processos causais, que pudessem explicar a associação supracitada (Cummings & Davies, 2002). Quer dizer, esta nova panóplia de estudos empíricos, pretendia explicar através de que processos e mecanismos, directos e/ou indirectos, a vivência da violência interpaparental, poderia lesar o percurso desenvolvimental infantil, fomentando a manifestação de problemas de internalização e externalização vários.

Assim, neste capítulo far-se-á uma exposição das teorias que consideramos apresentar um maior suporte empírico, na generalidade, e aquelas que se consideram ser mais pertinentes para o nosso estudo, em particular. Abordaremos também, determinados factores/variáveis mediadoras, que podem interferir no ajustamento da criança ao *stress* vivido aquando uma experiência de violência interpaparental.

2.1.Perspectivas Teóricas

2.1.1. Algumas teorias explicativas centrais

2.1.1.1. Hipótese do Ciclo de Violência

Quando falamos de violência doméstica ou familiar, precisamos quase inevitavelmente de começar por abordar conceitos como os de *dependência relaccional* ou *dependência interpessoal*.

Segundo Bowlby (1986, in Mihanovich, cit. Alarcão, 2002), a vítima e o vitimador partilham uma relação de dependência mútua, muitas vezes encoberta pela violência gerada entre ambos, numa tentativa contínua de sustentar as suas identidades:

“... o vitimador está submetido a uma forte dependência confirmatória da voz da vítima que o ratifica na sua identidade... a vítima não pode sair do sistema já que procura incansavelmente a palavra do vitimador para que este lhe responda à sua questão de saber “quem sou eu se deixo de ser para ti aquele que creio e necessito ser?”...” (Alarcão, 2002, p. 291).

Se esta antítese amor-ódio é verdade entre duas pessoas que partilham uma relação marital, e entre as quais se verificam situações de violência e conflitos directos, tal também é verdade, quando existe uma criança envolvida, ainda que indirectamente. Uma criança que experiência violência, mesmo enquanto espectadora passiva, *“...herda uma dúvida básica quanto ao ser amada pelas figuras de vinculação principais...”* (Alarcão, 2002, p. 291), às quais se encontra unida por uma relação de dependência interpessoal, por um lado, e face às quais desenvolve um sentimento de falha física e emocional. Estes sentimentos, tal como defende Alarcão (2002), através de um processo paradoxal, levam a criança que se sente fraca, mal-amada, e injustiçada, a transformar-se num adulto que vai superar as suas inquietações, submetendo os outros ao seu domínio, elaborando a raiva que sente transferindo os seus afectos negativos a quem o rodeia, e tentando criar uma identidade que o alente.

Tal como Minuchin defende, a violência é por isso *“...um produto de várias gerações de privação e de falta de poder...”* (1996, in Goldbeter-Merinfeld, cit. Alarcão, 2002, p. 292). Neste sentido, uma vinculação insegura reforça a dependência relaccional, uma vez que uma criança quando não sente a disponibilidade do cuidador primário, não vai desenvolver competências que lhe permitam equacionar a ausência, transformando-se assim num adulto que vive uma dependência insatisfatória, da qual ele nunca se liberta (Alarcão, 2002).

De facto, quando nos deparamos com um paciente violento, a sua anamnese indicia frequentemente uma história familiar passada de violência que, segundo Goldbeter-Merinfeld (1996, cit. Alarcão, 2002), se deve ao facto de existir neste tipo de famílias uma dificuldade em estabelecer e gerir distância óptimas entre os seus membros. Ou seja, a proximidade excessiva entre eles, com o propósito de manter a coesão familiar, leva a que seja necessário que os membros da família adoptem comportamentos violentos no sentido de alcançarem o seu espaço pessoal, no entanto, os sentimentos de solidão que surgem consequentemente,

aliados ao desejo de ligação que ressurgem posteriormente, vão promover ciclicamente situações de violência.

Resumindo, o comportamento violento poder-se-á transferir de geração em geração, através mecanismos de modelagem directa e reforços (Jouriles, Murphy & O’Leary, 1989; Jouriles & Norwood, 1995; cit. Graham-Bermann, 1998).

Os estudos da *teoria da aprendizagem social* defendem que, as crianças aprendem e incorporam as lições de violência interparental, e vão crescer com uma propensão para repetir tais padrões comportamentais.

Jaffe, Wilson e Wolfe (1986, cit. Jouriles, et al., 1998) sugerem que este tipo de crianças, expostas a violência física, muitas das vezes explícita, e a padrões de comportamento social inapropriados, tendem a aprender que a agressão é uma estratégia de resolução de problemas adequada, bem como uma estratégia no ajustamento ao *stress*, e são encorajadas a desenvolver uma atitude sexista, com base na diferenciação de poder e capacidade de decisão entre géneros. Assim, a criança vai desenvolver habilidades inadequadas e estratégias de regulação emocional inapropriadas, comprometendo o desenvolvimento de relacionamentos sociais saudáveis. Ou seja, estas crianças aprendem que a violência é uma forma de resolver os conflitos em relacionamentos humanos, desenvolvendo um padrão comportamental anti-social caracterizado por um suporte e encorajamento parental inadequado na promoção de comportamentos sociais, como por exemplo, controlo emocional, competências sociais e académicas (Patterson et al., 1992, cit. Jouriles et al., 1998).

Bandura explica, que as crianças aprendem estes padrões comportamentais de agressividade através da observação dos modelos parentais violentos, que oferecem padrões de raiva e hostilidade ao invés de modelos de cuidado, afecto e produtiva resolução de problemas (Margolin, 1981, cit. Margolin, Oliver & Medina, 2001).

Assim, numa situação de violência, a criança pode identificar-se com o agressor, que poderá ser um dos cuidadores primários, aprendendo a manipular e coagir os outros no sentido de ver as suas necessidades satisfeitas, ou assimilando que só poderá coexistir com os outros mediante a adopção de comportamentos de submissão, auto-culpabilização ou desistência perante as dificuldades (Graham-Bermann, 1998). Desta forma, a violência pode perpetuar-se sob os papéis de vitimador ou vítima, quer dizer, crianças que viveram em famílias violentas podem vir a tornar-se adultos violentos ou adultos submissos, potencialmente vitimadores ou vítimas, respectivamente.

2.1.1.2. Hipótese da Disrupção Familiar: o conflito interparental enquanto *stressor* familiar severo

A família, segundo Minuchin (1990), é uma unidade social que enfrenta uma série de tarefas, funcionando como uma matriz de desenvolvimento psicossocial dos seus membros. Neste sentido, uma família não é mais que um sistema que opera através de padrões transaccionais, isto é, de regras oriundas das interações repetidas entre os indivíduos. Como estrutura, a família diferencia e leva a cabo as suas funções através de vários subsistemas internos, que operam através de padrões transaccionais, nos quais as transacções repetidas estabelecem protótipos de como, quando e com quem interagem os indivíduos (Minuchin, 1990). Assim, o impacto do conflito interparental poderá ser explicado à luz da Perspectiva Sistémica, no sentido de melhor compreendermos de que forma é que a violência influencia a estrutura e o funcionamento familiar, e de percebermos com maior minúcia qual o papel da família, enquanto sistema, na manutenção dos conflitos.

As teorias sistémicas explicam a psicopatologia enquanto reflexo dos processos familiares (Margolin et al., 2001). Quer dizer, segundo os autores referenciados, o conflito marital funciona como um factor de risco para a criança, pois este é acompanhado por uma intensificação da intimidade e/ou rejeição em termos de relação pais-criança, assim como pela presença de comportamentos sintomáticos no menor. De facto, o conflito interparental pode assumir-se responsável directo ou indirecto pelos danos desenvolvimentais expressos pela criança que o experienciou. Isto significa que, as discussões parentais que estão frequentemente associadas ao aumento de sentimentos de hostilidade entre os pais e a criança (Fauber & Long, 1999; Jouriles et al., 1991; cit. Cummings & Davies, 1994), e o facto do conflito interparental diminuir a sensibilidade parental para os sinais e necessidades dos filhos (Emery, 1982, cit. Cummings & Davies, 1994), são mudanças que vão deteriorar a percepção de segurança que a criança mantém relativamente ao vínculo partilhado com os cuidadores primários (Ainsworth et al., 1978; Bowlby, 1973; cit. Cummings & Davies, 1994).

Neste sentido, quando as figuras de vinculação não conseguem transpor os conflitos entre ambos, e mantêm maculada a relação pais-criança, esta vinculação insegura vai impedir a criança de regular as emoções e comportamentos quando diante de *stressores* familiares (Cassidy, 1993; Dix, 1991; Kobak & Sceery, 1988; cit. Cummings & Davies, 1994).

Efectivamente, Cummings e Davies (1994, cit. Sani, 2004) definem o conflito marital

como um dos *stressores* familiares mais significativos. Assim, a violência interparental pode provocar uma disrupção familiar, fenómeno que poderá estar na explicação dos problemas de ajustamento da criança (Conger, Patterson & Ge, 1995; Pumamäki, Qouta & El Sarraj, 1997; cit. Sani, 2004).

Quando nos deparamos com uma família disfuncional, facilmente percebemos que existem **limites aglutinados**¹¹, ou então tão *desagregados*¹² que as interacções sociais são quase indispensáveis na resolução das tarefas, assim como **alianças** inflexíveis, mantidas através de mecanismos de “*estabilidade*”¹³, “*desvio*”¹⁴, e *triangulação*¹⁵, e uma distribuição de **poder**, que não permite a determinados elementos ter o domínio necessário para manter as tarefas que lhe são exigidas em função do seu papel familiar no sistema – *fraco funcionamento executivo* – ou sequer lhes admite ter qualquer poder para suportar as exigências desenvolvimentais que se lhe impõem – *inibição do potencial desenvolvimental* (Rossman et al., 1999).

Ainda segundo Rossman et al. (1999), uma família dita disfuncional é considerada desorganizada, ou seja, as suas relações e estrutura funcional são inconsistentes, indiferenciadas, e inflexíveis. Estas famílias são também caracterizadas por possuírem reportórios limitados no suporte das tarefas exigidas e na resolução de problemas, ou então por serem inconsistentes no uso dessas opções exíguas. É neste sentido, de possuírem um reportório de estratégias de *coping* sistémico limitado, que estas se encontram em desvantagem, tornando-as mais vulneráveis ao impacto de situações sociais disruptivas e adversas.

Concluindo, a violência interparental é compreendida pelas perspectivas familiares sistémicas como causada por toda a família e sistema social alargado, explicando desta forma o papel que tem a violência no funcionamento familiar e o papel da família na sua manutenção e perpetuação. Neste sentido, o sistema de relações, papéis, alianças, e poder que

¹¹ Quer dizer, muito inespecíficos (Rossman et al., 1999), e difusos, não permitindo a individualização dos elementos da família.

¹² São limites caracterizados por serem excessivamente marcados, não permitindo a troca de afectos, vivendo cada elemento da família afastado do conjunto familiar.

¹³ Significa que, as aliança e coligações, entre determinados elementos contra outros são tão consistentes que exercem uma força dominante nas interacções familiares (Rossman et al., 1999).

¹⁴ Surge quando, uma coligação estável é criada para reduzir o *stress* entre dois elementos da família, por identificação de outro elemento como fonte do *distress* e face ao qual se vai manter uma relação de ataque ou superprotecção (Rossman et al., 1999).

¹⁵ Significa que, duas partes conflituosas vão tentar ligar-se a uma terceira, no sentido desta lhe fornecer suporte na sua posição, enquanto a terceira parte tende a recuar (Rossman et al., 1999).

caracterizam a família são usados pelas perspectivas familiares para explicar as dificuldades das famílias violentas e suas crianças (Rossman et al., 1999).

Assim, as famílias violentas tendem a experienciar altos níveis de *stress* familiar e pessoal, que vão acabar por esgotar os seus recursos, impedindo-as de aprender novas estruturas organizacionais, e impossibilitando as crianças do sistema familiar de acumular importantes competências desenvolvimentais, ou de as executar de uma forma atípica, à desenhada pela sua estrutura e funcionamento familiar (Rossman et al., 1999).

2.1.1.3. Perspectiva da Psicopatologia Desenvolvimental

Os diferentes problemas apresentados pelas crianças que estão expostas à violência conjugal podem, de acordo com as perspectivas desenvolvimentais, ser explicados pela compreensão do processo através do qual o desenvolvimento infantil pode ser lesado por experiências familiares negativas. De facto, é importante considerarmos a hipótese de que a exposição à violência interparental pode alterar significativamente o curso desenvolvimental normal, uma vez que sendo as crianças envolvidas potencialmente vulneráveis aos efeitos da violência, o tempo certo das trajectórias desenvolvimentais típicas pode ser alterado (Boney-McCoy & Finkelhor 1995, cit. Margolin & Gordis, 2000).

O conflito interparental pode numa fase inicial originar sequelas primárias, tais como ansiedade, depressão, sintomas de pós-*stress* traumático, que irão causar reacções secundárias devido à ruptura da progressão da criança, numa etapa em que esta deveria estar absorvida por outras tarefas e exigências desenvolvimentais, adaptadas à sua faixa etária (Margolin & Gordis, 2000). Por este facto, torna-se indispensável identificar quais os processos desenvolvimentais que explicam a ligação existente entre a exposição à violência e os problemas desenvolvimentais posteriores (Margolin & Gordis, 2004).

De acordo com a *Perspectiva da Psicopatologia Desenvolvimental*, a resposta de uma criança a um *stressor*, como é o exemplo do conflito marital, reflecte uma interacção entre a natureza do *stressor* e as capacidades desenvolvimentais da criança para responder a esse *stressor* (Cicchetti, 1993; Cicchetti & Toth, 1995; Finkelhor & Kendall-Tackett, 1997; cit. Margolin, Oliver & Medina, 2001). Neste sentido, para compreendermos o impacto da violência interparental no percurso desenvolvimental da criança, precisamos estudar as relações transaccionais entre o contexto do conflito interparental e os processos cognitivos e

afectivos da criança (Margolin et al., 2001).

“...Os efeitos da violência apenas podem ser compreendidos no contexto da criança em mudança e do seu ambiente em mudança, incluindo o envolvimento familiar e as expectativas sociais para a criança...” (Pynoos 1993, cit. Margolin & Gordis, 2000, p. 450). Isto significa que, a experiência da violência não é apenas determinada pela natureza dos acontecimentos violentos, mas também pelas competências para avaliar e compreender a violência, para responder e lidar com o perigo, e pela capacidade de se socorrer de recursos ambientais que ofereçam protecção e suporte (Finkelhor & Kendall-Tackett 1997, cit. Margolin & Gordis, 2000).

No entanto, existem períodos desenvolvimentais de particular vulnerabilidade, no decorrer dos quais a criança enfrenta desafios específicos que podem ser ameaçados por uma situação de violência e conflito. Por isto, é importante que consigamos compreender o processo de adaptação normal ao longo dos estádios desenvolvimentais.

Com base nos estudos do desenvolvimento infantil em famílias ditas “normais”, acredita-se que o senso de si mesma e o desenvolvimento da expressão emocional vêm de experiências precoces importantes e que envolvem membros significativos da família. Assim, considera-se que “uma família violenta é um ambiente inadequado para a ocorrência de um desenvolvimento adequado” (Jaffe, Wolfe & Wilson, 1990).

A exposição à violência compromete as relações interpessoais, por meio de um processo através do qual a falta de suporte social, necessidade normalmente satisfeita pelas figuras de vinculação, contribui para exacerbar os afectos negativos da exposição (Margolin, Gordis & Oliver, in press, cit. Margolin & Gordis, 2004). A violência pode, neste sentido, impedir as pretensões fundamentais para o desenvolvimento de competências que possibilitam à criança aprender a confiar nos outros e a estabelecer relações de vinculação seguras (Janoff-Bulman, 1992, cit. Margolin & Gordis, 2000).

Concluindo, existem inúmeros modelos e perspectivas acerca do conflito marital, que defendem que a explicação das falhas detectadas no percurso desenvolvimental infantil, têm uma causalidade assente em processos que envolvem a organização, regulação, e compreensão da experiência emocional, assim como distorções nos processos cognitivos, (Margolin et al., 2001), sendo que tais falhas podem conduzir a consequências desenvolvimentais significativas (Cicchetti & Toth, 1995, cit. Margolin et al., 2001).

2.1.1.4. Teoria do “Trauma”

As investigações têm mostrado que existe uma forte relação entre eventos traumáticos sofridos na infância, e sequelas do foro psicobiológico manifestados posteriormente (Mulvihill, 2005), tais como doença cardíaca isquémica, cancro, doenças fígado, doença pulmonar crónica, fracturas ósseas (Perry & Azad, 1999, cit. Mulvihill, 2005), o que nos sugere que o maltrato infantil poderá estar relacionado com o desenvolvimento de doenças crónicas (Felitti et al., 1998, cit. Mulvihill, 2005).

Desde o início do envolvimento da psiquiatria com pacientes traumatizados ocorreram veementes debates sobre a etiologia traumática: “Seria ela orgânica ou psicológica? O que é traumático, o próprio evento ou a interpretação subjectiva do mesmo? É o próprio trauma que causa o transtorno mental ou são vulnerabilidades prévias que o lhe dão origem?” (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003).

A resposta ao trauma/*stress* é o resultado da interacção entre as características da pessoa e as características do meio, ou seja, das discrepâncias entre o meio externo e interno - percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de resposta. Essa resposta compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Nesses três níveis, ela é eficaz até certo limite, mas quando este é ultrapassado, pode-se desencadear um efeito desorganizador, propiciando o surgimento dos transtornos psiquiátricos.

Num processo de resposta adaptativa ao *stress* ou trauma, todas as espécies reagem a sinais de perigo, por meio de mecanismos instintivos, activando respostas de luta ou fuga, que vão garantir a sobrevivência do organismo sob condições de ameaça ao bem-estar físico e emocional, ou seja, sob condições traumáticas (Horowitz, 1986; Selye, 1956; Cox, 1978; DSM-IV, 1994; cit. Rossman et al., 1999). De facto, no decorrer do evento traumático, o cérebro da criança activa um sistema neural de adaptação ao *stress*, que despoleta uma série de alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas adaptativas, ou seja, necessárias à sobrevivência. No entanto, quando o *stress* se perpetua ao longo do tempo, através de repetidas situações de ameaça, a desregulação é prolongada (Van der Kolk, 1994, cit. Rossman et al., 1999). Assim, o sistema de resposta ao *stress* não tem competências para readaptar a homeostasia prévia. Nestes casos, os sinais e sintomas tornam-se severos, persistentes e disruptivos, atingindo um nível patológico e originando desordens clínicas, como é o caso da Perturbação de Pós-*Stress* Traumático.

Segundo os comportamentalistas, o processo de aprendizagem que está na base do desenvolvimento destes sinais e sintomas patológicos, é o condicionamento clássico. A ideia básica do condicionamento clássico consiste em que algumas respostas comportamentais são reflexos incondicionados, ou seja, são inatas em vez de aprendidas, enquanto que outras são reflexos condicionados, aprendidos através do emparelhamento com situações agradáveis ou eversivas, simultâneas ou imediatamente posteriores. No caso particular da violência interpaparental - estímulo incondicionado - a criança através de um processo de condicionamento, vai desenvolver uma resposta inata/incondicionada de medo ou fuga. Após a repetição dos episódios de violência, os estímulos semelhantes ao incondicionado e que aparecem frequentemente associados a ele, vão produzir respostas emocionais e comportamentais condicionadas, e portanto semelhantes às que ocorrem naturalmente aquando o estímulo original (Rossman et al., 1999). Estas respostas condicionadas tornam-se patológicas e algumas constituem sintomas da Perturbação de pós-*stress* traumático.

Em termos fisiológicos, algumas alterações são encontradas a nível dos neurotransmissores que têm implicações no comportamento e coincidem com sintomas característicos de PPST (Rossman et al., 1999). Estes incluem, aumento dos níveis de adrenalina e noradrenalina¹⁶, glucocorticóides como o cortisol¹⁷, opiáceos endógenos¹⁸, e dopamina¹⁹, assim como uma redução dos níveis de serotonina²⁰.

Segundo a Teoria do *Trauma*, os aspectos desenvolvimentais também podem funcionar como variáveis mediadoras no ajustamento ao acontecimento traumático.

Perry (1997, cit. Rossman et al., 1999), arrisca que a quanto mais precoce for o trauma, maior será a probabilidade da maturação dos sistemas cerebrais mais prematuros ser afectada,

¹⁶ Provocam o aumento do ritmo cardíaco e o fluído sanguíneo, preparando o organismo para agir rapidamente, lutar ou fugir, mas aumenta também a agitação, e talvez, aumente as intrusões, e diminua as capacidades de desdobrar a atenção (Rossman et al., 1999).

¹⁷ Auxiliam o organismo a lidar com as lesões, através da redução da inflamação, mas também foram associados ao dano e à morte de células do hipocampo, envolvido nos processos ligados à memória (Rossman et al., 1999).

¹⁸ Reduzem a dor, mas estão também relacionados com a interferência de processos mnésicos (Rossman et al., 1999).

¹⁹ O seu excesso no córtex frontal, estimula os processos de pensamento, e também está associado à actividade alucinatória na esquizofrenia (Berquier & Ashton, 1991, citado por Rossman et al., 1999), facto pelo qual os fármacos antagonistas dopaminérgicos são utilizados nesta desordem. Este mesmo processo pode facilitar as intrusões e a revivência das experiências nos pacientes com PPST, e interferir no evoluir dos pensamentos e do teste de realidade (Rossman et al., 1999).

²⁰ Estão relacionados com a diminuição da capacidade do organismo para regular a estimulação emocional, necessitando nesta situação do auxílio dos bloqueadores de recaptação de serotonina – fluoxetina – em desordens como a depressão e a PPST crónica (Rossman et al., 1999).

como são exemplo o sistema límbico e o tronco cerebral, com consequências no desenvolvimento dos sistemas posteriores, como o córtex. Ainda na opinião do mesmo autor, os sistemas mais prematuros controlam actividades básicas, tais como o batimento cardíaco e os ciclos de sono/vigília, neste sentido, uma exposição traumática precoce pode trazer consequências profundas na capacidade da criança desenvolver as funções de regulação básicas.

Perry, baseado nos seus estudos, hipotetizou que uma sequela crítica decorrente de um trauma precoce continuado, mostra um desenvolvimento cerebral estrutural e funcional que reflecte o uso do cérebro nesse tempo. Quer dizer, uma arquitectura cerebral dependente do uso, em situações de violência, pode resultar num sistema com grande responsividade para lidar com o trauma ou estimulação traumática, mas que mostra menos experiência noutros aspectos do funcionamento, que são esculpidos por experiências não violentas (Rossman et al., 1999).

Ainda no domínio da concepção desenvolvimental, o papel da idade cronológica representa também um aspecto importante no ajustamento ao trauma, mas noutra linha de análise. Tal como Lehmann (2000) refere, cerca de 65% dos estudos por ele analisados, reflectem que as crianças manifestam maiores níveis de *distress*²¹ quanto menos idade têm. Paralelamente, outros autores demonstraram que quanto mais nova é uma criança, maior é o risco de desenvolver e exibir sintomatologia de pós-*stress* traumático, em comparação com crianças mais velhas (Black et al., 1992, 1993; Lehmann, 1997; Pynoos & Eth, 1984, 1985, 1986; cit. Lehmann, 2000). Tal verifica-se, segundo Pynoos e Nader (1988, cit. Lehmann, 2000), porque a criança com menos idade tem maior dificuldade no processamento do acontecimento traumático.

Para além da idade, existem outros factores que podem influenciar as respostas traumáticas. De facto, as respostas ao *stress* são muito heterogéneas, o que significa que, mediante as características do estímulo *stressor* traumático (duração, intensidade, co-existência de maltrato directo, entre outras) e/ou as características constitucionais da criança (predisposição genética, idade, género, factores atenuantes como o suporte familiar, entre outras), entre outras, a natureza das respostas pode variar.

²¹ Consiste num “mau *stress*”, ou seja, caracteriza-se por um estímulo *stressor* de intensidade tão forte que se torna susceptível de provocar danos no organismo (Selye, 1974, cit. Ribeiro, 2005).

Neste sentido, a noção de que crianças expostas a experiências antecedentes semelhantes, como é o exemplo dos gémeos, podem desenvolver diferentes portefólios de forças e dificuldades, e que ilustram o conceito de *multifinalidade*, é muito importante (Rossman et al., 1999).

Concluindo, as conjecturas do *trauma*, que se fundamentam no estudo da Perturbação de Pós-Stress Traumático, sugerem que quando a criança é exposta a um acontecimento traumático, como é o caso da violência interparental, caracterizada por ser uma situação de ameaça incessante à sobrevivência, é desenvolvido um estado de desregulação, onde os sistemas que regulam a percepção, a cognição, e a emoção funcionam atipicamente, em parte para compensar a desregulação (Rossman et al., 1999).

2.1.1.5. Perspectiva “Multidimensional”

Os estudos acerca da violência interparental têm-se focalizado em linhas orientadoras várias. Uma partindo da análise da associação entre a violência e as relações interpessoais, outras debruçando-se sobre a investigação da relação entre a parentalidade e a construção da realidade por parte da criança. No entanto, existiam algumas, ou mesmo nenhuma investigação, que se focalizassem na análise das relações entre as várias variáveis supracitadas (violência, relacionamentos interpessoais, e parentalidade) de uma forma integrada, no sentido de se compreender de que forma a criança que vive a violência constrói a sua realidade (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998, cit. Eisikovits & Winstok, 2001). Houve também alguns estudos que, sob uma perspectiva negativista, defendiam o facto da criança ser afectada pela violência, sem que ela pudesse de igual forma influenciar a violência interparental, e que subjugavam os efeitos da violência na parentalidade e nas relações interpessoais entre pais, em detrimento das consequências negativas da violência sobre a criança (Eisikovits & Winstok, 2001).

Segundo Eisikovits e Winstok (2001), todas estas investigações não assentam em qualquer teoria, ou então fundamentam-se em conceptualizações bastante específicas, muito embora começassem a surgir formulações teóricas que defendiam paradigmas mais integrativos, e de que eram exemplo o Modelo Cognitivo-Contextual de Grych e Fincham²²

²² Segundo este modelo, a criança quando se vê confrontada com uma situação conflituosa, começa por

(1990), o Modelo da “Segurança Emocional” de Davies e Cummings²³ (1994) e o Modelo de Graham-Berman²⁴ (1998). No entanto, estas conceptualizações trabalhavam dentro das teorias tradicionais, tais como as da aprendizagem social, do trauma, e da vinculação, tendo por isso pouco valor heurístico na concepção de conceptualizações alternativas.

Foi neste sentido, da existência de vastíssimos estudos na área da violência interpaparental, fundamentados por conceptualizações teóricas díspares e pouco ecléticas, e o facto de se assistir a um crescimento de evidências empíricas que mostram uma correlação positiva entre as crianças que vivem em ambientes familiares violentos e o desenvolvimento de lesões nos domínios físico, cognitivo, emocional, comportamental e social, que surge a Perspectiva *Multidimensional*²⁵, com a proposta de se conceptualizar a experiência da criança exposta à violência interpaparental, a partir da criação de um modelo teórico construtivista que servirá de base às futuras investigações e intervenções.

A perspectiva multidimensional, construiu-se com base em pressupostos²⁶ comuns à maioria dos investigadores desta área, que serviram de alicerce para que esta pudesse constituir-se como uma conceptualização unificada

Este modelo privilegia as experiências da criança, omitindo variáveis desenvolvimentais, quer dizer, foca-se essencialmente nas várias formas mediante as quais a criança experiencia, subjectivamente, o que ocorreu, assim como no significado que ela atribui ao acontecimento (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998). Quando experiencia uma situação de conflito ou

avaliar o nível de ameaça do estímulo *stressor* – processamento primário – e procura compreender o porquê do conflito ter surgido – processamento secundário – indo posteriormente, e mediante a formulação de um conjunto de representações, decidir como responder-lhe – *coping* – (Grych, 1998; Grych & Fincham, 1990; cit. Sani, 2004).

²³ Abordado mais à frente.

²⁴ Os trabalhos de Graham-Bermann e seus colaboradores, procuraram explicar o impacto da violência doméstica na parentalidade, e compreender o papel do contexto comunitário alargado. De acordo com o modelo em questão, a saúde e o *stress* maternal são variáveis mediadoras importantes, podendo um relacionamento negativo aumentar o risco directo de problemas de ajustamento infantil, e inclusive prejudicar a saúde mental da mãe (Graham-Bermann, 1998, citado por Sani, 2004. Quanto ao suporte social, Graham-Bermann (1998, citado por Sani, 2004) apenas conseguiu explicar que quando ele é ténue, constitui um factor de risco para o ajustamento e prediz as reacções da criança, no entanto, não conseguir comprovar a correlação entre o suporte social positivo e a promoção do ajustamento.

²⁵ Paradigma conceptual integrativo (Eisikovits & Winstok, 2001).

²⁶ As crianças não são receptores passivos dos efeitos da violência interpaparental, mas influenciam e são influenciados por esses eventos; Ambas expectativas parentais constroem limites, e fornecem as escrituras para o conteúdo das construções que a criança faz da violência interpaparental; o impacto das expectativas e dos comportamentos parentais são mediados por influências extra-familiares, tais como a disponibilidade de suporte, outros elementos significativos, pares, e organizações nas quais a criança e jovem participem; a realidade da criança é construída através de processos negociais, que incluem percepção, explicações causais, e significação dos eventos em geral, e dos eventos violentos, em particular (Eisikovits & Winstok, 2001).

violência, a criança necessita de encontrar um significado fora desta, segundo um processo construtivista e interpretativo, mediante o qual ela reconstrói a realidade, envolvendo o que ocorreu, os pais, o lar, a percepção de futuro, e ela própria. Neste sentido, há uma focalização nos significados subjectivos atribuídos ao acontecimento traumático, a partir dos quais a realidade é mais construída que descoberta, de uma forma pluralista²⁷ e plástica²⁸ (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998).

Sob uma perspectiva global, podemos dizer que este paradigma começa por explorar uma série de dimensões, a partir das quais a criança constrói uma realidade subjectiva da violência interpaparental, procurando posteriormente compreender o papel dos limites e das expectativas parentais na construção dessa realidade. Por fim, o modelo procura explicar o impacto das influências extra-familiares, nas construções infantis da realidade e nas próprias expectativas parentais (Eisikovits & Winstok, 2001).

Segundo Eisikovits, Winstok e Enosh (1998), quando a criança é surpreendida pela violência interpaparental, surge um impacto imediato, que questiona a família como *lugar seguro*, lesa a confiança desta nos lugares seguros e nas pessoas, e abala a sua própria percepção da realidade e do *self*. Esta situação, continuamente, torna-se insustentável, exigindo à criança que esta reconstrua os significados da sua realidade, com o propósito de se distanciar do acontecimento, e de o tornar mais sustentável. No entanto, mediante este processo, a criança: “*domestica a violência e ganha familiaridade com ela*” (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998, p. 552), tornando-a parte da sua experiência existencial e a única que ela conhece e reconhece, a qual irá ter uma enorme influência na forma como ela vai pensar, sentir e agir, ou seja, na forma como se irá comporta na vida, incluindo na idade adulta (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998).

Eisikovits e Winstok (2001) postulam, que numa fase inicial²⁹ os elementos da família procuram determinar, dentro dos limites do conflito, o que aconteceu, quem fez o quê e com quem, entre outros aspectos. A criança, por vezes apenas enquanto observador passivo, outras enquanto participante forçado, perante esta experiência e face às múltiplas reacções por parte das figuras de suporte, tenta aprender de que forma a memória colectiva é negociada e

²⁷ Significa, que a experiência do trauma poderá ser expressada sob vários sistemas de símbolos e linguagens (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998).

²⁸ Esta qualidade, traduz o facto do acontecimento traumático ser moldado para enquadrar comportamentos determinantes da intencionalidade humana (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998).

²⁹ Etapa da *Recoleção*: *Negociar o que aconteceu* (Eisikovits & Winstok, 2001).

construída, e como irá lidar com a lacuna entre o que experienciou e o que deve ser recordado, ou seja, o que vai admitir e negar para poder adaptar-se à situação vivida (Eisikovits & Winstok, 2001).

Posteriormente³⁰, vai tentar ordenar os eventos e dar-lhe uma compreensão causal. Isto significa que, a criança aprende a atribuir responsabilidades de causas específicas a objectos específicos, podendo ela própria ver-se como objecto de responsabilidade, ou então responsabilizar um dos cuidadores primários, ou nenhum dos dois (Eisikovits & Winstok, 2001).

No último estágio³¹, são atribuídas implicações morais ao acontecimento *stressante* experienciado pela família, que irá por isso ser analisado pela criança, através da compreensão dos limites e dos valores e atitudes do contexto cultural familiar, podendo ser percebido, por exemplo, como merecido, desmerecido, legítimo ou ilegítimo (Eisikovits & Winstok, 2001).

Todo este processo, é espiral e contínuo, o que significa que a renegociação ocorre sempre que um dos participantes se mostra insatisfeito com os acordos anteriormente e temporariamente estabelecidos, ou quando algum factor externo interfere com a homeostasia entre os parceiros (Eisikovits, Winstok & Enosh, 1998). É ainda considerado um processo crucial, pois é no decorrer das várias etapas que o percorrem, que percebemos em que magnitude um episódio específico de violência pode ser generalizado a toda a existência de um indivíduo, no entanto, este processo de construção de realidade pode ser influenciado por variáveis mediadoras, de que são exemplo, as expectativas parentais³².

Cada tipo de expectativa, *estruturada/construída* ou *documentada/escrita*, pode estender-se de uma atitude de aceitação incondicional, a um comportamento de rejeição, ou mesmo de indiferença. Neste sentido, cada um dos pais pode apresentar à criança ambos tipos de expectativa, por vezes numa díade coerente (ex. aceitação-aceitação), outras numa díade contraditória (ex. aceitação-rejeição), construindo-se assim relações entre um ou ambos conjuntos de expectativas, apresentadas por ambos pais, simétricas ou complementares (Eisikovits & Winstok, 2001). Destes quatro tipos de interações, podem derivar 25 tipos de

³⁰ Etapa da *Causalidade*: *Negociar porque aconteceu* (Eisikovits & Winstok, 2001).

³¹ *Moralização*: *Negociar o que significou* (Eisikovits & Winstok, 2001).

³² São subdivididas em expectativas *estruturadas/construídas* e expectativas *documentadas/escritas*. As primeiras, constituem um conjunto de alternativas sugeridas à criança, acerca da forma como poderá construir a sua realidade, limitando o que deve experienciar no mundo e controlando o que deve pensar e sentir, enquanto as segundas, pelo contrário, prescrevem as possibilidades de como a criança deverá agir no mundo, mas dentro dos limites de como o mundo a experiencia a ela (Eisikovits & Winstok, 2001).

interacções pais-criança distintos.

Quando confrontamos a construção da realidade com as expectativas parentais, esta realidade pode ser conceptualizada mediante um paralelo de quatro contínuos: *consciência*, *competência*, *auto-percepção*, e *visão de mundo*. A localização ao longo dos contínuos, que vai depender do efeito das expectativas parentais apresentadas, irá definir a auto-percepção da criança, bem como a sua percepção do mundo, originando três perfis distintos: *o mestre*, *o derrotado* e *o desenraizado* (ver Eisikovits & Winstok, 2001).

Tal como afirmam Eisikovits e Winstok (2001), para além dos limites familiares e das relações pais-criança, também o contexto social tem, complementarmente, um papel importante na construção das experiências da criança, funcionando como variável mediadora entre as expectativas parentais e as construções da criança relativas à violência interparental. Neste sentido, qualquer pessoa ou instituição, significativa na vida da criança, poderá reforçar ou contradizer as expectativas parentais. Desta forma, quando verificamos uma concordância entre as expectativas parentais e as construções da criança, podemos arriscar proferir que as expectativas externas estão em consonância com as parentais, ou então que a sua influência é neutra. Quando o contrário se verifica, tal indica que as expectativas externas têm um papel significativo.

Concluindo, este modelo, baseado no estudo das atitudes e comportamentos, e na exploração da correlação entre eles, pode considerar-se sem dúvida como um paradigma holístico, que apoiado na informação de múltiplas fontes, consegue reflectir múltiplas perspectivas importantes na área da violência interparental (Eisikovits & Winstok, 2001).

No entanto, embora tenha potencial, esta formulação necessita ainda de um suporte em evidências empíricas sólidas, para se poder estabelecer como um constructo teórico com valor científico.

2.1.2. Resenha das teorias mais pertinentes para o tema em estudo

2.1.2.1. Teoria do stress pós-traumático de Silvern e Kaersvang (1989)

Esta teoria é considerada por Sani (2004), como sendo uma teoria simplista, que assenta exclusivamente na compreensão da situação traumática aguda, e dos processos patogénicos com ela relacionados. Apesar disso, Silvern e Kaersvang, oferecem mais um contributo para

que se possa melhor explicar o impacto deste tipo de vitimação indirecta, que é a violência interpaparental, no percurso desenvolvimental da criança: “... a observação da violência entre os pais constitui um evento traumático para a criança capaz de, por si só, desencadear uma sintomatologia de stress pós-traumático...” (Humphreys, 1993, cit. Sani, 2004, p.161).

Segundo a teoria em questão perante uma percepção de perigo, resultante da observação de uma situação de conflito marital, a criança não é capaz de compreender o evento e entender as suas próprias emoções. Não estando apta para elaborar essa experiência, integrando-a como um trauma passado, a criança vai experienciar imagens fragmentadas e não interpretadas, desenvolvendo-se um *self* fragmentado (Sani, 2004).

2.1.2.2. Teoria de stress e coping de Jaffe, Wolfe e Wilson (1990)

Segundo Jaffe et al. (1990), as crianças vítimas de violência familiar foram desconsideradas durante muitas décadas, à excepção dos casos em que a criança foi, cumulativamente, vítima directa da violência. No entanto, existem já inúmeros estudos que sugerem que crianças expostas à violência interpaparental, estão mais propensas a desenvolver e manifestar problemas de ajustamento, a curto ou longo prazo (Wolfe, Jaffe, Wilson & Zak, 1985).

Esta associação, entre a violência familiar e o desenvolvimento da criança foi estabelecido por descrições publicadas, acerca de crianças que se encontravam em abrigos com as suas mães, a fim de escapar da violência em casa. Segundo essas publicações, existia uma percentagem significativa dessas crianças que apresentavam desordens, tais como problemas de saúde física, problemas de comportamento, baixa auto-estima, medo, ansiedade e isolamento social (Brancalhone & Williams, 2003).

Neste sentido, Jaffe et al. (1990) concluíram que a compreenção dos diferentes problemas apresentados por crianças expostas à violência conjugal, requeriam de um conhecimento acerca de como o desenvolvimento infantil podia ser afectado por experiências familiares negativas. Assim, com base num estudo onde eram ilustradas algumas das dificuldades que podiam decorrer do facto de se presenciar violência doméstica, e que objectivou a comparação de famílias violentas e não-violentas e do *stress* maternal, os autores supracitados referem existir uma prevalência significativa de problemas comportamentais e uma reduzida competência social em crianças expostas à violência familiar (Wolfe et al.,

1985). Jaffe et al., (1990, cit. Echlin & Marshall, 1995) concluem desta forma, que a experiência da violência interparental pode causar efeitos devastadores no bem-estar físico, cognitivo, emocional, social, e desenvolvimental da criança. Embora, a forma como a criança responde ao conflito possa variar de acordo com a idade, género, estágio desenvolvimental e papel familiar, e ser influenciada por variáveis mediadoras como a frequência da violência, desvantagem económica e social, separações e mudanças constantes, e necessidades específicas da criança.

O ajustamento da mãe e o nível de acontecimentos de vida *stressantes*, são factores que podem igualmente afectar o comportamento infantil (Sameroff, Seifer, & Zax, 1982, cit. Wolf et al., 1985), uma vez que as *mulheres batidas* são vulneráveis ao desenvolvimento de desordens físicas e emocionais, e têm uma maior probabilidade de se exporem a outros *stressores*, o que consequentemente vai lesar a sua eficácia maternal (Walker, 1979, cit. Wolfe et al., 1985).

Neste sentido, e porque o *stress* maternal crónico, assim como o funcionamento psicológico da figura materna, podem influenciar as interações pais-criança, a criança vai manifestar desordens comportamentais, no âmbito de uma atenção e suporte, inconsistentes e inapropriados, por parte dos cuidadores primários. De facto, os estudos de Wolfe et al. (1985), relatam existir uma relação entre o comportamento infantil e factores associados ao *stress* maternal, assim, o impacto da violência interparental pode ser, em parte, consequência do grau de prejuízo da mãe, e concomitantemente, resultado típica ruptura e incerteza que a criança enfrenta (Rutter, 1979, cit. Wolfe et al. 1985).

Concluindo, o modelo de Jaffe et al. (1990), procura explicar a inter-relação existente entre o *abuso da mulher*, as respostas de *stress* e o *coping* expressas pela mãe, e as reacções de *stress* e *coping* manifestadas pela criança (Sani, 2004). Segundo este modelo:

“... O abuso da mulher cria stress na criança, gerando nesta tentativas de confronto – coping – traduzidas em sintomas comportamentais e emocionais intensos... por sua vez, as reacções emocionais e comportamentais da criança à violência geram stress adicional ao relacionamento marital, podendo agravar a situação... à semelhança da criança, a própria mãe pode, em resultado do abuso, exibir sintomas físicos e psicológicos intensos, que afectam a sua eficácia no cuidado dos seus filhos, e consequentemente agravam a capacidade de confronto da criança com eventos familiares adversos...” (Jaffe et al., 1990, cit. Sani, 2004, p. 162-163).

2.1.2.3. Hipótese da “segurança emocional” de Cummings e Davies (1994)

Ao longo das várias décadas, várias conceptualizações desenvolvimentais sobre os relacionamentos humanos têm surgido, com o propósito de explicarem os problemas das crianças expostas à violência interparental, das quais a Hipótese da Segurança Emocional é um exemplo. Neste sentido, a hipótese de Cummings e Davies, enquanto paradigma relaccional, sugere que as reacções da criança ao conflito marital podem diversificar, mas podem ser melhor explicadas quando compreendidas enquanto tentativas de estabelecer ou recuperar a sensação de segurança emocional, fundamentada nos vínculos partilhados com os pais (Rossman et al., 1999).

Quer dizer, as implicações que o conflito marital vai ter na segurança emocional da criança, assim como o impacto na regulação emocional e no *coping*³³, vão determinar o significado do conflito e o ajustamento comportamental, respectivamente (Cummings & Davies, 1994, cit. Crockenberg & Langroch, 2001). Assim, a resposta da criança ao conflito, não consiste numa mera reacção expressa por um contágio emocional, ou seja, não é um reflexo directo do grau e conflito vivido na relação marital, mas sim um reflexo do significado que o conflito vai ter na segurança emocional e nas relações familiares da criança (Davies & Cummings, 1994).

Segundo Cummings e Davies (1994), quando a criança se sente segura emocionalmente, este sentimento vai promover uma capacidade de *coping* eficaz e competente, estando assegurado um ajustamento positivo. Nestas situações, a criança acredita que o conflito marital se vai atenuar, e que as figuras de suporte irão continuar a estar disponíveis física e psicologicamente (Cummings & Davies, 1994, cit. Crockenberg & Langroch, 2001).

No entanto, uma sensação de insegurança emocional vai accionar respostas de *coping* menos eficazes, assim como uma desregulação emocional e comportamental em resposta aos eventos *stressantes* diários. De facto, quando a criança percebe que a sua segurança emocional de encontra ameaçada, o *coping* é enfraquecido, e a capacidade de ajustamento debilitada (Cummings & Davies, 1994, cit. Crockenberg & Langroch, 2001).

No seguimento destas ideias, podemos então concluir que “...a segurança emocional é

³³ Segundo Cummings (1998), o *coping* consistiria num processo dinâmico, caracterizado pela mudança de pensamento e actos que o indivíduo usa para lidar com exigências internas/externas no âmbito de uma transacção pessoa-ambiente, avaliada como *stressante*.

a meta que se encontra mais vulnerável à ameaça do conflito marital...” (Cummings & Davies, 1994, cit. Crockenberg & Langroch, 2001, p. 138).

A segurança emocional é influenciada por dois factores: *qualidade das relações/vinculações pais-criança* e *qualidade da relação marital*.

A vinculação consiste no laço que liga a criança aos pais (Bowlby, 1969, cit. Davies & Cummings, 1994), e esta é sentida como uma vinculação segura ou insegura, mediante as experiências que a criança partilhou com as figuras de suporte. Isto é, o calor emocional, a responsividade, a estabilidade das relações pais-criança, promovem o desenvolvimento de uma vinculação segura, e capacitam desta forma a criança para lidar eficazmente com o *distress* emocional, uma vez que esta se encontra mais apta para regular a estimulação emocional negativa (Cummings & Davies, 1994; Bowlby, 1973; Cassidy, 1993; Kobak & Barbagli, 1993; cit. Davies & Cummings, 1994).

A criança apresenta também fundamentos sólidos para se preocupar com a qualidade da relação marital (Davies & Cummings, 1994). Este factor, pode incitar desprazer emocional à vida familiar, ameaça ao bem-estar emocional ou mesmo físico da criança, quebra nas práticas disciplinares parentais, e redução da disponibilidade emocional ou sensibilidade parental (Cummings & Davies, 1994, cit. Davies & Cummings, 1994).

Cummings e Davies (1994, cit. Crockenberg & Langrock, 2001), postulam três processos³⁴ regulatórios e interrelacionados para explicarem, de que forma a segurança ou insegurança emocional, prejudicam o funcionamento da criança.

Pais com conflitos maritais, e que se encontram pouco disponíveis e sensíveis aos estados emocionais da criança, podem prejudicar o desenvolvimento de competências emocionais regulatórias, aptidões que estão frequentemente associadas a respostas empáticas e de suporte proporcionadas pelas figuras de suporte (Katz & Gottman, 1995; Thompson, 1994, cit. Davies & Cummings, 1994).

As experiências passadas da criança com conflitos maritais, vão dominar as avaliações que esta vai fazer do conflito, tal como uma criança que desenvolveu uma sensação de insegurança emocional como reacção a um conflito emocional intenso, vai estar mais vulnerável à percepção de ameaça. Resumindo, a criança aprende a regular as suas emoções através da observação dos comportamentos maritais dos pais (Cummings & Davies, 1994, cit.

³⁴ Regulação Emocional, Representações internas das relações familiares, Regulação da exposição à ameaça familiar.

Crockenberg & Langrock, 2001), e as representações mentais que vai construir a partir desta modelagem, vão influenciar o seu próprio funcionamento emocional.

Em determinadas situações de conflito interparental, a criança tenta reduzir a ameaça à sua segurança emocional, tentando mediar o conflito. No entanto, esta técnica empregue pela criança com o propósito de reduzir ou terminar o conflito, pode inadvertidamente aumentar a sua exposição, podendo esta inclusive vir a tornar-se alvo da raiva parental (Cummings & Davies, 1994, cit. Crockenberg & Langrock, 2001).

Em termos de *coping*, para a criança lidar com o conflito marital, este deve ser encarado enquanto um sistema de controlo que enfatiza o papel da emoção (Bowlby, 1969, cit. Davies & Cummings, 1994). Deste modo, o objectivo do sistema comportamental da criança, como resposta ao conflito marital, é manter a sensação de segurança, servindo o afecto como uma variável mediadora das respostas de *coping* (Cummings, 1990; Sroufe & Waters, 1977; cit. Davies & Cummings, 1994).

Cummings e seus colaboradores, em 1987, apresentaram três padrões de resposta, ou estilos de *coping* básicos, por parte de crianças em situação de stress que, estariam no alicerce de um funcionamento adaptativo, ou por oposição, de um funcionamento desadaptativo e manifesto em problemas de ajustamento (Cummings, 1998).

O estilo de *coping* Preocupado seria aquele de Cummings consideraria como hipoteticamente adaptativo (Cummings & Davies, 2002). A criança que o adopta, embora se sinta triste e deseje ajudar e intervir na violência manifestada entre os pais, não o faz, nem mostra sinais de irritação aumentada, controlando satisfatoriamente os níveis de *stress* (Sani, 2002). Neste sentido, a criança não desenvolve qualquer sintomatologia psicopatológica habitualmente manifestada como reacção à circunstância *stressora* da violência interparental.

Por sua vez, aquela que adopta um estilo de *coping* Ambivalente ou Não responsivo, deteria um ajustamento desadaptativo (Cummings & Davies, 2002). Quando designamos um *coping* como sendo desadaptativo, não raras vezes o definimos também como não construtivo (Fedorowicz & Kerig, 1999, cit. Kerig, 2001), antisocial – associal (Blechman et al., 1995, cit. Kerig, 2001) ou como internalizante-externalizante (Causey & Dubow, 1992, cit. Kerig, 2001).

O estilo Ambivalente caracteriza-se por um padrão de resposta externalizante, manifestada pela tendência da criança expressar emoções múltiplas e instáveis, bem como facilidade em perder o auto-controlo. Por sua vez, a criança que manifesta um estilo Não

Responsivo, tende preferencialmente a suprir as suas emoções, internalizando-as, e a expressar sinais de *stress* e agressividade quase nulos, caracterizando-se portanto como crianças pouco reactivas (Cummings & Davies, 1994). Será de esperar que crianças que manifestem um destes dois tipos de *coping* tenham uma maior vulnerabilidade para desenvolver sintomatologia de pós-*stress* traumático.

Sintetizando, os comportamentos de *coping* são examinados por esta teoria como estratégias de regulação da exposição ao conflito interpaparental.

Concluindo, segundo a Hipótese de Segurança Emocional, a insegurança emocional terá uma função motivacional no sentido de guiar a criança na regulação da sua exposição às emoções parentais stressantes (Cassidy, 1994, cit. Cummings & Davies, 2002). Neste sentido, a insegurança sem essa motivação levaria a criança a uma exposição excessiva ao conflito interpaparental, ou como alternativa, a estratégias de evitamento prolongado e rígido do conflito (Davies & Cummings, 1994; Davies, Forman, Rasi & Stevens, 2000; Cummings & Davies, 1996; cit. Cummings & Davies, 2002). Assim, como um componente no processo de insegurança, a regulação da exposição à violência interpaparental, foi proposta como uma variável mediadora na ligação entre o conflito marital e o ajustamento da criança (Davies & Cummings, 1994, cit. Cummings & Davies, 2002).

2.1.2.4. Hipótese dos “padrões de preservação da segurança emocional” de Davies, Forman e Lindsay (1999)

Na continuidade dos estudos de Cummings e Davies, Davies e seus colaboradores, guiados pela Hipótese da Segurança Emocional decidiram, com base numa interpolação bidireccional entre a segurança emocional e os três processos regulatórios, reformular a conjectura da segurança emocional.

É frequente que crianças expostas a situações de violência interpaparental, sofram uma exposição repetida que vai progressivamente, diminuir o incentivo à finalidade de preservar a segurança emocional. Consequentemente, esta situação vai resultar numa tendência natural, por parte da criança, para exibir uma sensibilização ao longo dos processos regulatórios (Cummings & Davies, 1996; Kobak, Cole, Ferenz-Gillies, Fleming & Gamble, 1993; cit. Davies & Forman, 2002). Isto significa que, um agravamento na dificuldade de preservar a segurança emocional, que resulta em parte de conflitos parentais destrutivos, vai ser

manifestado progressivamente numa maior reactividade emocional, numa elevada regulação da exposição ao conflito, e em representações hostis (Davies & Forman, 2002).

No entanto, o processo contrário também se verifica, ou seja, um incremento das respostas regulatórias favorece, numa base biológica, a regulação e recuperação da segurança emocional, assistindo-se assim a uma influência bidireccional entre a segurança emocional e os processos regulatórios. Os componentes da reactividade emocional, como o *distress*, a estimulação e a vigilância, preparam a criança para uma possível ameaça e dão-lhe recursos psicológicos e físicos para que seja capaz de preservar o seu bem-estar. As representações internas da criança, vão servir de guia para ela perceber e prever futuras situações de conflito interparental, que constituam uma ameaça à sua segurança e bem-estar. Por fim, a regulação da exposição ao conflito, seja por envolvimento ou evitamento, vai permitir que a criança direcione recursos no sentido de reduzir a sua exposição à ameaça, e consequentemente ganhar algo semelhante à segurança emocional (Davies & Forman, 2002; Emery, 1989; cit. Davies & Forman, 2002).

Guiados por estes pressupostos, de que a sensibilização dos processos de reactividade emocional, regulação da exposição ao conflito parental, e representações internas, medeiam as associações entre o conflito interparental e o ajustamento psicológico da criança, e em especial o desenvolvimento de sintomas de internalização (Davies & Cummings, 1998; cit. Davies & Forman, 2002), Davies e os seus colaboradores, identificaram, em 1999, três estilos primários³⁵ de segurança emocional infantil.

A criança Segura exhibe uma preocupação em responder aos conflitos entre os pais, embora essa fosse bem regulada e integrada num contexto de segurança (Cummings & Davies, 2002), o que significa que uma criança com este tipo de perfil hipotetiza que é possível minimizar o impacto que o conflito interparental tem a nível familiar, através estratégias construtivas na resolução do conflito, e na gestão dos efeitos negativos. A criança segura, impulsionada por experiências construtivas relacionadas com os conflitos parentais, e pela vivência de relacionamentos familiares coesas, que aumentam a crença de que os pais vão reparar, manter ou melhorar as relações familiares quando os conflitos surgem da relação interparental, vai desenvolver e exhibir representações positivas das relações interparentais,

³⁵ Inicialmente, foram hipotetizados quatro perfis de preservação da segurança emocional: *Seguro*, *Preocupado*, *Desprendido/Evitante* e *Mascarado/Disfarçado*. No entanto, a análise de grupos realizada não considerou a existência do último perfil, sendo por isso aceites apenas os três primeiros perfis citados (Davies & Forman, 2002).

assim como padrões bem regulados e flexíveis de *distress* (Davies & Forman, 2002).

A criança Preocupada vai experienciar o conflito parental de forma mais destrutiva, e vai expressar mais sintomas psicológicos, em particular de internalização (Davies & Forman, 2002), manifestando uma maior insegurança caracterizada por reactividade emocional elevada, regulação da exposição ao afecto parental, e representações internas de hostilidade (Cummings & Davies, 2002). Este tipo de perfil, caracteriza crianças que tentam preservar a sua sensação de segurança através do emprego de estratégias inseguras de “desactivação”, mediante as quais elas se vão empenhar numa tentativa rígida de suprir a saliência dos processos regulatórios, no sentido de recuperar alguma segurança (Davies & Forman, 2002).

Existem casos, em que a criança menospreza a importância das relações na sua vida, no sentido de desactivar o sistema de vinculação e o *distress* que o acompanha (Belsky & Cassidy, 1994; Carlson & Sroufe, 1995; Kobak et al., 1993; cit. Davies & Forman, 2002), accionando desta forma uma estratégia de defesa típica de um perfil Desprendido³⁶. Este perfil, definido como inseguro, é caracterizado por um padrão rígido e rotineiro de tentativas para suprir as experiências subjectivas de ameaça que acompanham o conflito interparental, através de um afastamento familiar, no sentido de melhor tolerarem, ainda que temporariamente, o *stress* e a recuperação de uma sensação subjectiva de segurança emocional (Fuhrman & Holmbeck, 1995; Kobak, et al., 1993; cit. Davies & Forman, 2002). Uma criança que apresenta este perfil, expressa elevados níveis de reactividade emocional exteriorizada, como *distress* e reactividade fisiológica, e baixos níveis de negatividade sentida e de representações internas de hostilidade. Assim, a diferença entre os sinais subjectivos e manifestos de insegurança são interpretados como um padrão de despreocupação inseguro que reflecte uma tentativa de suprimir experiências subjectivas de ameaça (Kobak, Cole, Ferenz-Gilles, Fleming & Gamble, 1993, cit. Cummings & Davies, 2002).

Concluindo, esta nova conceptualização da segurança emocional, defende a existência de um sistema de controlo dinâmico, e não linear, como até aí se admitia mediante a hipótese

³⁶ Os estudos anteriores, levados a cabo por Cummings e seus colaboradores (Cummings, 1997; Cummings & El-Sheikh, 1991; El-Sheikh, Cummings & Goetsch, 1989; citado por Davies & Forman, 2002), forneceram pistas para a existência de crianças “desprendidas” ou “ambivalentes”. Embora, ainda não haja evidências significativas de que o “desprendimento” do contexto familiar adverso possa ser adaptativo ou desadaptativo, o facto é que se este afastamento, por um lado, pode proteger a criança de desenvolver problemas psicológicos, através da minimização da ansiedade, por outro, suprime os recursos físicos e psicológicos, exigidos na supressão do *distress* subjectivo e na consequente manutenção da segurança, limitando os recursos reservados para outros propósitos desenvolvimentais (Davies & Forman, 2002).

de Cummings e Davies. Ainda segundo esta reformulação, este sistema, responsável pela regulação e preservação da segurança emocional no âmbito de um contexto familiar onde a criança e jovem lidam com um subsistema interparental conflituoso, é gerido principalmente por perfis de reactividade infantil, que são determinados através de múltiplas dimensões de resposta. Quer dizer, guiados pela sua reformulação teórica, Davies e seus colaboradores, reconhecem a existência de três padrões de preservação da segurança emocional: *Seguro*, *Preocupado* e *Desprendido*. Uma criança *segura*, experiencia baixos níveis de sintomatologia psicológica e de conflitos interparentais conflituosas, enquanto uma criança *preocupada* e *desprendida*, vai expressar altos níveis de sintomatologia internalizante e externalizante, respectivamente, embora a criança *desprendida*, cujo perfil é caracterizado por ser *inseguro*, vai ainda experienciar relações familiares não suportativas e desapegadas (Davies & Forman, 2002).

2.2. Variáveis/Mecanismos de mediação centrais das respostas de stress

Nem todas as crianças que experienciaram acontecimentos de vida, caracterizados pela vivência de um *stress* intenso, como é uma situação de Violência Interparental, desenvolvem sintomatologia desadaptativa ou patológica. De acordo com os estudos realizados, e os quadros teóricos que abordam esta problemática, existe um número de variáveis que se consideram poder constituir potenciais factores de mediação das respostas de *stress* das crianças e jovens que experienciaram violência interparental.

2.2.1. O coping

Existem inúmeras investigações que têm mostrado repetidamente a existência de distúrbios de internalização e externalização em crianças afectadas pela violência entre os pais (Cummings & Davies, 2002).

Perante um acontecimento de vida *stressante*, como é considerada a experiência de situações de violência interparental por parte de crianças e jovens: “... a mera exposição da criança à violência doméstica consiste, por si só, numa forma de maltrato infantil... capaz de desencadear sintomatologia desadaptativa...” (Wolfe & McGee, 1994, cit. Graham-Bermann, 1998, p.22), a criança impulsiona um processo através do qual ela interpreta a sua experiência

traumática como nociva ao seu bem-estar, accionando estratégias/competências de *coping* assim como recursos sociais, para lidar com as consequências e/ou tentar alterar a situação (Lazarus e Folkman, 1984, cit. Wolchik e Sandler, 1997). Este processo de adaptação ocorre mediante alterações no sistema de crenças, nas emoções, comportamentos, e na capacidade de prever futuras situações de stress.

O conceito de *coping* tem sido explicado mediante inúmeras teorias, tendo sido a que mais influência teve a defendida por Lazarus e Folkman que, em 1987, definiu o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados para lidar com as exigências externas e/ou internas que, eram avaliadas como transcendendo os recursos do indivíduo (Lazarus & Folkman, 1987, cit. Kerig, 2001).

Neste sentido, o *coping* acabou por ser compreendido como uma tentativa de lidar com o *stress*, e não como a consequência/sequela resultante desse esforço de adaptação à situação traumática/*stressante*, o que quer dizer que, ao invés de se abordar o *coping* como sinónimo de uma boa adaptação ao acontecimento *stressante*, este passou a ser definido como o processo através do qual a criança responde ao *stress* (Kerig, 2001).

Foi também a partir do modelo apresentado por Lazarus e Folkman, que se passou a conceptualizar o *coping*, não mais como um processo reactivo e inconsciente que o associava aos conceitos de mecanismos de defesa e sintomas de *distress*, mas como um esforço comportamental. Tal significa, que a criança não é um mero recipiente passivo das influências e investimentos familiares, mas sim um agente e participante activo e reactivo às transacções familiares (Sameroff, 1995, cit. Holden, 1998), mediante o qual a criança através da adopção de diferentes competências idiossincráticas procura ajustar-se ao conflito.

Generalizando, o termo *coping* referia-se a um processo através do qual o indivíduo respondia a situações de *stress* numa tentativa de se adaptar às exigências impostas, processo este que assim não mais era compreendido, após esta definição de Lazarus e Folkman, como um processo reactivo e inconsciente, como um mecanismo de defesa ou como um sintoma de *stress* (Kerig, 2001).

Ainda no seguimento do mesmo modelo, a apreciação da situação conflituosa adquire uma posição primária no processo de *coping*, o que significa que a avaliação da criança face à violência interpaparental, tais como a atribuição de culpa, e responsabilização da intervenção e controlo do conflito, guiam a selecção da estratégia de *coping* (Grych & Fincham, 1990, cit. Kerig, 2001).

Assim, segundo Ribeiro (2005), o processo de *coping* inicia-se com uma interpretação³⁷ da situação stressante – *apreciação primária* – que posteriormente despoleta uma avaliação dos recursos³⁸ disponíveis – *apreciação secundária*. Se a criança, em função da avaliação que faz do conflito adoptar uma estratégia eficaz, o processo de *coping* terá efeitos adaptativos - *bom coping* - se pelo contrário esta adoptar estratégias ineficazes, este processo terá sequelas desenvolvimentais disruptivas e desajustadas – *mau coping*.

É neste sentido que Cummings e Cummings (1998, cit. Cummings & Davies, 2002), defendem que para se explicar as consequências desenvolvimentais numa criança vítima de conflitos interparentais devemos, antes de mais, compreender o processo que está subjacente às relações entre a violência dos pais e as sequelas da criança. Assim sendo, eles propõem que os problemas de ajustamento da criança deverão ser conceptualizados através de padrões de adaptação/resposta, mediante um processo complexo e multidimensional, que exige uma análise a vários níveis: *respostas de coping*³⁹, *estratégias de coping* e *estilos de coping* (Cummings & Davies, 2002).

As respostas de *coping*, são indicadas como tendo um papel de mediadoras. O conceito de variável mediadora caracteriza um mecanismo a partir do qual uma variável independente, como a violência interparental, influencia os resultados, como a adaptação/ajustamento infantil (Baron & Kenny, 1986, cit. Cummings & Davies, 2002). Segundo Cummings e Davies (2002), uma variável mediadora é, por definição, conceptualizada como explicando, pelo menos em parte, como e porquê os factores de risco, como é o exemplo do conflito interparental, despoletam sequelas desadaptativas na criança que o experiência. Neste sentido, as respostas de coping à violência interparental vão mediar a adopção de diferentes estratégias/estilos de *coping* pela criança.

Segundo a Hipótese da Segurança Emocional de Davies e Cummings (1994), as respostas da criança ao conflito interparental são governadas pela sua segurança emocional, como tal, as implicações do ajustamento/adaptação à situação traumática derivam da sensação de segurança emocional que por sua vez suporta a capacidade da criança adoptar estratégias de *coping* eficazes. Pelo contrário, a insegurança emocional, promove a adopção de estratégias menos efectivas que resultarão em comportamentos e emoções disruptivas. Assim,

³⁷ Irrelevante, Benigna ou Stressante - de perda, ameaça ou desafio (Ribeiro, 2005).

³⁸ Em função das alternativas de resposta, das opções e limitações (após se ter pesado os custos e benefícios das respostas), e por fim das estratégias de coping mais eficazes (Ribeiro, 2005).

³⁹ Cognitivas, Emocionais, Fisiológicas e Sociais.

quando o conflito interpaparental é apreciado/avaliado como destrutivo e como reflexo de desarmonia familiar, a estimulação emocional negativa da criança aumenta, e a criança é motivada para agir no sentido de diminuir os seus sentimentos de insegurança emocional (Davies & Cummings, 1994).

Mas as emoções podem também influenciar as cognições, é neste sentido que, quando uma criança experiência um conflito interpaparental intenso, pode surgir um prejuízo no funcionamento regulatório das emoções que provocará interpretações enviesadas da informação assim como danos no processamento cognitivo (Davies & Cummings, 1994), o que nos leva a concluir que embora as respostas emocionais sejam mediadoras primárias no processo de ajustamento ao conflito interpaparental, as respostas cognitivas têm também um papel importante.

Estas *respostas de coping* à violência interpaparental, que segundo Davies e Cummings (1994) assentam no constructo da segurança emocional, vão mediar a adopção de diferentes estratégias de coping pela criança. Lazarus e Folkman (Kerig, 2002), utilizaram dois tipos de tipologia para caracterizar as estratégias de *coping*: *Focadas no problema vs Focadas na emoção e Aproximação vs Evitamento*⁴⁰.

As estratégias de *coping* focadas no problema reflectem tentativas de alterar o *stressor* mediante estratégias de solução de problemas, que envolvem essencialmente tentativas de intervenção e acção sob o conflito interpaparental, enquanto que as focadas na emoção, seriam direccionadas a situações de *stress* que se consideraria como incontroláveis, e através das quais a criança procuraria modificar os seus próprios estados emocionais (Cummings & Davies, 2002). Por sua vez, as estratégias de aproximação levam a criança que experiência a violência entre os pais, a focar a atenção no *stressor*, pensando sobre ele ou agindo sobre ele, ao invés, as estratégias de evitamento, tentam focar a atenção longe do *stressor*, através da negação ou da minimização (Kerig, 2002).

Assim, existem autores que defendem que estratégias/estilos de *coping* activos, como resposta a eventos traumáticos têm sido identificados como um meio não só de promover a sobrevivência física da criança/adolescente, mas também de fomentar o desenvolvimento de uma resistência à sintomatologia de pós-*stress* traumático (Nader, 1993, cit. Kilpatrick &

⁴⁰ Segundo Ribeiro (2005), Lazarus e Folkman propõem que as respostas ao *stress* podem ser formas *Acomodativas* ou *Manipulativas*, podendo ser de (1) acção directa, de (2) procura de informação acerca da situação, de (3) inibição da acção, ou (4) intrapsíquica/paliativa.

Williams, 1998). Por oposição, outros defendem que estratégias de regulação da exposição ao conflito, ou seja, estratégias/estilos de *coping* paliativas/passivas, medeiam a relação entre o conflito e o ajustamento da criança/adolescente (Davies & Cummings, 1994, cit. Cummings & Davies, 2002).

Assim, numa atmosfera assinalada pela falta de consenso e, escassa averiguação empírica, relativa à eficácia/ineficácia das diferentes respostas de *coping* surge, em 1999, um perfil de resposta apresentado por Davies, Forman e Lindsay, que sendo descrito como manifestado por crianças que exibem uma preocupação em responder ao conflito marital, mas de forma regulada e sustentada num contexto de segurança, caracteriza aquilo que eles definem como um padrão *Seguro*. Quer dizer, uma baixa manifestação de *distress* subjectivo, num contexto onde assistimos a uma preocupação regulada, assim como a baixos níveis de envolvimento e evitamento, descreve um padrão de *coping seguro*. Neste sentido, e com base neste perfil, pode-se hipotetizar que uma criança que utiliza estratégias/estilos de *coping seguros*, ou seja, caracterizados por um equilíbrio entre estratégias activas e paliativas, vai regular melhor o uso das emoções, e consequentemente vai ajustar-se com maior eficácia à situação conflituosa.

Concluindo, um *coping* eficaz em situação de *stress* permite à criança ultrapassar as adversidades e enfrentar as exigências futuras com optimismo, no entanto, tal depende do jogo entre o *stressor* e a estratégia usada para lhe responder (Kerig, 2001), uma vez que o *coping* pode ser positivo ou negativo, atenuar ou exacerbar, respectivamente, o impacto do *stress*.

2.2.2. O suporte emocional familiar

Segundo a Hipótese da Segurança Emocional, podemos referir que as estratégias de *coping* adoptadas pela criança que experienciou conflitos interparentais, têm como propósito fundamental a regulação da sua exposição face a esses conflitos. Isto significa, que a segurança emocional tem uma função motivacional no sentido da criança regular a sua exposição ao evento *stressante* (Cassidy, 1994, cit. Cummings & Davies, 2002), doutra forma a criança expor-se-ia e envolver-se-ia excessivamente no conflito interparental, ou então adoptaria estratégias rígidas e prolongadas de evitamento (Davies & Cummings, 1994; Davies, Forman, Rasi & Stevens, 2000; Cummings & Davies, 1996; cit. Cummings & Davies, 2002)

o que parece, segundo vários estudos, ser o que ocorre em crianças de famílias altamente conflituosas. De facto, estas crianças têm uma maior motivação para agir e intervir no conflito, ou para adoptar estratégias de evitamento, especialmente quando vivem no seio de relacionamentos parentais discordantes, pois nestes casos há uma maior tendência para agir ou fugir, como resposta às disputas parentais (Cummings & Davies, 2002).

Assim, as respostas da criança ao conflito interparental são governadas pela sua segurança emocional, como tal, as implicações do ajustamento/adaptação à situação traumática derivam da sensação de segurança emocional, que por sua vez suporta a capacidade da criança adoptar estratégias de *coping* eficazes. Pelo contrário, a insegurança emocional, promove a adopção de estratégias menos efectivas que resultarão em comportamentos e emoções disruptivas. Assim, quando o conflito interparental é apreciado/avaliado como destrutivo e como reflexo de desarmonia familiar, a estimulação emocional negativa da criança aumenta, e a criança é motivada para agir no sentido de diminuir os seus sentimentos de insegurança emocional (Davies & Cummings, 1994).

Concluindo, o suporte emocional familiar medeia a manifestação de sintomas patológicos por parte de jovens que experienciaram violência interparental. Assim, segundo Rossman et al (1997, cit. Lehmann, 2000), a maioria dos estudos concluíram que quando os pais proporcionam suporte ao jovem as respostas traumáticas são minimizadas.

2.2.3. O maltrato directo

As crianças expostas a violência doméstica, são também muitas vezes vítimas de maltrato directo, em particular, abuso verbal, punição física, e abuso físico (Kerker, Horwitz, Leventhal, Plichta & Leaf, 2000; Ross, 1996; Straus & Smith, 1995; Tajima, 2000; cit. Kelleher et al., 2006), muito embora a sua prevalência seja ainda uma lacuna na investigação.

A violência doméstica é reconhecida como um factor de risco para a saúde quer da vítima directa, quer da criança, no entanto, existem muitas evidências de que estas crianças quando experienciam, cumulativamente, maltrato directo, apresentam uma maior propensão, ou seja, um maior risco de um desenvolvimento pobre (Hughes, 1988; Hughes, Parkinson & Vargo, 1989; cit. Kelleher et al., 2006).

De facto, vários estudos concluíram que os problemas de ajustamento são cumulativos em jovens que para além da violência interparental experienciaram outros tipos de maltrato

directo. Isto significa que, jovens nesta situação manifestam défices emocionais e comportamentais bastante mais severos em comparação com aqueles que apenas experienciaram a violência interparental (O’Keefe, 1995; Wolfe et al., 1985; cit. Lehmann, 1997). Este fenómeno de traumatização múltiplo foi designado por Hughes, Parkinson e Vargo (1989, cit. Holden, 1998) de *Efeito de Estimulação Duplo*.

Neste sentido, a co-existência de maltrato directo⁴¹ funcionaria como um factor de promoção ao desenvolvimento de psicopatologia e de obstrução ao ajustamento do jovem ao trauma.

Derivado da questão da co-ocorrência de maltrato directo, em crianças que experienciam violência interparental, surgiu uma nova preocupação, relacionada com o facto da violência entre os pais poder constituir, por si só, um tipo de maltrato psicológico ou emocional (Echlin & Marshall, 1995, cit. Kelleher et al., 2006). Esta hipótese, de debate recente e complicado, especialmente sob a perspectiva jurídica (Edleson, 2001, cit. Kelleher et al., 2006), tem sido objecto de inúmeros estudos estrangeiros, muito embora não tenha ainda sido aceite unanimemente, e tal adivinhe que ainda muito terá que ser executado, especialmente em Portugal, no sentido de se encarar e aceitar a violência interparental como um tipo de maltrato independente.

2.2.4. Outras variáveis de relevo

Além das variáveis mediadoras anteriormente apresentadas e exploradas, existem muitas outras com relevância na mediação do impacto da vivência infantil de situações de violência interparental, embora o papel de algumas não seja consensual entre os investigadores.

Pensa-se que a competência de uma criança para lidar com situações violentas possa estar relacionada com a sua *idade*. Alguns autores, defendem que as mais novas por possuírem menores recursos cognitivos e menos experiência no confronto com experiências *stressantes* serão mais afectadas, no entanto, outros alegam que as mais velhas apresentam mais dificuldade em dialogar abertamente dos problemas (Klingman, Sagi & Raviv, 1993, cit. Sani, 2002a), parecendo para Sani (2002a) mais sensato afirmar que todas as crianças

⁴¹ Tal como Negligência, Maltrato Físico, Maltrato Psicológico/Emocional, Abuso Sexual (Magalhães, 2002).

independentemente da idade poderão sofrer o impacto de um evento violento, sendo que este vai depender do seu nível de desenvolvimento.

Relativamente à variável *gênero*, existem algumas investigações que apontam o sexo masculino como manifestando geralmente respostas de agressividade aos episódios de violência entre os pais, enquanto o sexo feminino é mais susceptível de expressar *distress* ou comportamentos depressivos (Crockenberg & Covey, 1991; Cummings et al., 1985; Cummings et al., 1989; Jaffe et al., 1986; Jouriles & LeCompte, 1991; Jouriles & Norwood, 1995; Reid & Crisafulli, 1990; Sternberg et al., 1993; Wolfe et al., 1988; cit. Kerig, 1998).

A avaliação que a criança faz dos conflitos parentais, nomeadamente em termos de *frequência*, *intensidade* e *resolução*, assim como as *percepções de ameaça* e *auto-culpabilização*, são também consideradas mediadoras do impacto da violência interparental (Grych et al., 1992, cit. Kerig, 1998). Além destas, Rossman e Rosenberg (1992, cit. Kerig, 1998) identificaram ainda a *percepção de controlo*. Segundo estes autores, as crianças que acreditam poder controlar os conflitos parentais são mais susceptíveis de desenvolver sintomatologia, pois estes tendem a intervir no episódio estando assim também eles mais expostos à violência.

Conclusão

Tal como verificamos no decorrer deste capítulo, existem imensas perspectivas teóricas que têm procurado documentar a presença de uma correlação entre a violência interparental e o ajustamento bio-psico-social da criança, havendo algumas destas, que assentes em estudos empíricos, tentam explicar essa relação, com base em possíveis mediadores, mecanismos e processos envolvidos.

Grande parte dos modelos abordados, tiveram uma orientação assente em conceptualizações e mecanismos específicos, desde há muito reconhecidos e consolidados cientificamente. Conceptualizações essas, baseadas nos sistemas familiares, no trauma, na vinculação, na cognição e comportamento, no desenvolvimento, e mecanismos como o condicionamento, a modelagem, os reforços, os processos cognitivos e emocionais, entre outros. Neste sentido, e com o propósito de tentar agregar as diferentes perspectivas, e constituir um modelo eclético, surge um modelo multidimensional.

Mas como, não é a presença de violência por si só, que afecta directamente o ajustamento da criança, o que significa que esta não é um mero recipiente passivo das influências e investimentos familiares, mas sim um agente e participante activo e reactivo às transacções familiares (Sameroff, 1995, cit. Holden, 1998), começam a desenvolver-se modelos mais específicos, direccionados a determinar e explicar a influência de variáveis mediadoras particulares. Assim, os investigadores que se têm debruçado sobre esta área, têm dirigido a sua atenção para a procura de variáveis que podem proteger a criança exposta à violência interparental, e ajudá-la a tornar-se resiliente no ajustamento ao *stress*. E de facto, no seguimento destes modelos, podemos dizer que existem determinados factores que contribuem para que a criança se possa ajustar à situação traumática.

Resumindo, apesar de não existir uma concepção teórica que explique na totalidade o impacto da violência interparental na criança, todas congregadas promovem a discussão e estimulam a continuidade das investigações nesta área, através do contributo que cada uma dá à compreensão desta problemática.

CAPÍTULO III

A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL NO PERCURSO DESENVOLVIMENTAL DA CRIANÇA: DO CONFLITO AO AJUSTAMENTO

Introdução

As crianças são, por natureza, seres vulneráveis, frágeis, ingênuos e sensíveis aos mais diversos tipos de violência e exploração que, independentemente da intencionalidade do agressor, trazem consequências negativas para o desenvolvimento de um menor, e como tal são caracterizados como formas de maltrato. Tal como pudemos verificar nos capítulos precedentes, existem maus-tratos de natureza indirecta, como os resultantes da exposição à Violência Interparental que, por si só, são capazes de provocar, nas crianças e jovens que a vivenciam, sintomas persistentes, disruptivos e patológicos. Estes, abrangem sintomatologia traumática, medo e ansiedade, dificuldades em dormir, queixas somáticas, comportamento agressivo, desafiante, e até delinquente, assim como problemas na escola (Carlson, 1984; Layzer, Goodson & Delange, 1986, cit. Grych & Fincham, 2001).

De facto, numerosos estudos na área da violência interpaparental têm mostrado que testemunhar raiva e interacções conflituosas entre os cuidadores, podem constituir uma experiência altamente *stressante* (Grych & Cardoza-Fernandes, 2001) despoletando-se problemas de internalização e externalização, e também sintomas somáticos (Rossman, 2001), os quais podemos considerar como meras reacções desencadeadas pela experiência traumática, e que caracterizam sintomatologia típica de uma Perturbação de Pós-*Stress* Traumático (PPST).

Neste sentido, várias investigações foram realizadas com o propósito de se descobrir que tipo de competências a criança possuía, ou podia desenvolver, para lidar e resistir ao *stress* e assim evitar, ou minimizar, os efeitos negativos ao nível do seu desenvolvimento. Apesar de estar demonstrado que o maltrato é uma situação traumática que tem um impacto negativo no desenvolvimento infantil, contribuindo para a evolução de problemas emocionais, cognitivos, fisiológicos, comportamentais e sociais, as investigações também mostram que existe um largo espectro de efeitos, desde debilitações severas a nenhum dano aparente. Grych, Jouriles, Swank, McDonald & Norwood (2000, cit. Grich & Cardoza-Fernandes, 2001), corroboram esta ideia ao comentarem que:

“Crianças expostas a altos níveis de conflito e violência interpaparental manifestam padrões de ajustamento variáveis, com algumas a experienciar problemas internalizantes, outras externalizantes, e ainda outras não exibindo qualquer problema de ajustamento” (p.157).

Neste sentido, foi necessário perceber que tipo de factores especificamente influenciavam ou protegiam a criança das experiências do maltrato, facilitando a forma como a criança lida e se adapta ao *stress* provocado pela situação de conflito interpaparental, ou aumentando a capacidade desta lidar com a experiência traumática, contribuindo para que se torne resiliente.

Neste capítulo, que procura abordar os aspectos relacionados com a Perturbação de pós-*stress* traumático e a sua relação com a experiência de situações de Violência Interpaparental, começaremos por abordar os efeitos da exposição da criança a este tipo de violência. Posteriormente, a PPST será estudada detalhadamente, fazendo-se referência ao percurso histórico prévio ao seu reconhecimento enquanto patologia, aos modelos e mecanismos que procuram explicar a sua manifestação, aos factores de risco, e critérios de diagnóstico. Para finalizar, procuramos debruçar-nos na violência interpaparental enquanto experiência traumática, focando especificamente a resposta de pós-*stress* traumático, ou seja, a *PPST* enquanto secura resultante da exposição da criança à violência entre as figuras de vinculação e suporte. Serão ainda abordados, os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento desta perturbação num contexto de violência familiar, e qual o papel de algumas variáveis mediadoras na sua atenuação ou intensificação.

3.1. Sintomatologia desadaptativa como consequência da exposição à violência interpaparental: o papel da cognição e da emoção

A interacção entre os aspectos cognitivos e emocionais são em parte, a base de sustentação para que se possa accionar uma resposta adaptativa ao *stress* (Horowitz, 1986, cit. Rossman, 1998), enquanto processo de sobrevivência diante de uma ameaça ao bem-estar físico e psíquico - situação traumática.

Quando esta situação de ameaça é continuada, o processo de adaptação ao *stress* exige do organismo mais do que este pode dar, impondo-se uma situação de desregulação homeostática, a qual vai despoletar consequências fisiológicas negativas, a vários níveis do funcionamento psicológico e fisiológico, que se generalizarão a situações além das que impulsionaram a ameaça inicial (Rossman, 1998). Quer dizer, de acordo com algumas investigações, que tiveram como população de estudo adultos com sintomatologia de pós-*stress* traumático, perante uma ameaça contínua à sobrevivência, um indivíduo permanece

num estado de desregulação. Este estado, despoleta uma série de alterações, ao nível dos sistemas de percepção, cognição, e emoção que começam a funcionar de forma atípica, em parte para compensar este estado, impulsionando também mudanças estruturais cerebrais. Numa criança, cujo cérebro está ainda em desenvolvimento, não se sabem que outras consequências major poderão surgir (Rossman, 1998).

Na opinião de Rossman (1998), a ameaça continuada pode também trazer repercussões ao nível do desenvolvimento. Este, processa-se através da exploração do ambiente, no entanto, perante uma situação de *stress*, se a segurança proporcionada pelas figuras de vinculação não é assegurada, esta exploração é reduzida, situação que vai dificultar o equilíbrio dos processos de assimilação⁴² e acomodação⁴³ e, consequentemente, o normal desenvolvimento da inteligência, tal como Piaget postula.

Neste sentido, tudo parece indicar que face a repetidas experiências de ameaça, o processo de percepção-cognição é lesado e, consequentemente, o conteúdo dos esquemas interpessoais (Rossman, 1998). Este cenário, vai por sua vez provocar um efeito cascata no desenvolvimento infantil, afectando os recursos cognitivos e emocionais que a criança possui para lidar com as diferentes tarefas e desafios desenvolvimentais, impulsionando o desenvolvimento de sintomatologia desadaptativa, que se irá ramificar a outros domínios desenvolvimentais, tais como o comportamental e o social (Rossman, 1998).

De facto, segundo Cummings e Davies (1994), é típico encontrarmos em crianças oriundas de famílias violentas, onde se manifestam situações de conflito e violência interpaparental em particular, perturbações de externalização, incluindo agressividade, comportamentos inadaptados, vandalismo, e delinquência. No entanto, os problemas de internalização, embora não com uma prevalência tão significativa comparativamente aos anteriores, talvez por estes serem muitas vezes subvalorizados e negligenciados, também se manifestam. Como exemplo destes, encontramos sintomas de depressão, ansiedade, e isolamento social.

Assim, parece que as crianças reagem tipicamente quando expostas a situações de raiva, através da manifestação de respostas motoras de *distress*, tais como choro, paralisia emocional, movimentos faciais e corporais, como tapar os ouvidos, verbalizações de

⁴² Consiste em modificar a nova informação para que esta se possa encaixar dos esquemas pré-existentes (Rossman, 1998, cit. Holden et al., 1998).

⁴³ Processa-se através da alteração dos esquemas pré-existentes no sentido de receber nova informação (Rossman, 1998, cit. Holden et al., 1998)

desconforto, ansiedade, preocupação, entre outros (Cummings, 1987; Cummings, Iannotti, & Zahn-Waxler, 1985^a; cit. Cummings & Davies, 1994). Nas crianças até à idade escolar, respostas emocionais positivas também se podem manifestar, no entanto, estas estarão provavelmente relacionadas com a estimulação geral das emoções e da ansiedade nervosa e não serão sinónimo de felicidade (Cummings, 1987, cit. Cummings & Davies, 1994). Deste modo, um comportamento observável numa criança não nos indica, com certeza, o que ela está na realidade a sentir, pelo que os processos internos, como a ansiedade, não podem ser inferidos com confiança a partir de um comportamento externo, e talvez seja por isso que as desordens de internalização sejam frequentemente negligenciadas.

As respostas somáticas são igualmente importantes quando surgem num contexto de conflito e violência interpapental. Isto porque, existem vários estudos que indicam alterações significativas nas respostas fisiológicas da criança, ao nível do ritmo cardíaco, pressão sanguínea sistólica, e condutância dérmica, durante e após a exposição a uma situação de violência interpapental (El-Sheikh, Cummings & Goetsch, 1989; El-Sheikh et al., 1989; El-Sheikh & Cummings, 1992; Ballard, Cummings & Larkin, 1993; cit. Cummings & Davies, 1994).

A par dos distúrbios de comportamento, encontramos com frequência crianças que desenvolveram competências sociais e relacionais disfuncionais (Grich & Fincham, 1990, cit. Cummings & Davies, 1994), muitas vezes detectadas pelos professores no contexto escolar, assim como uma performance académica diminuída.

3.2. Perturbação de Pós-Stress Traumático

3.2.1. Resenha Histórica

Desde o início do envolvimento da psiquiatria com pacientes traumatizados ocorreram veementes debates sobre a etiologia traumática: “Seria ela orgânica ou psicológica? O que é traumático, o próprio evento ou a interpretação subjectiva do mesmo? É o próprio trauma que causa o transtorno mental ou são vulnerabilidades prévias que lhe dão origem?” (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu & Hauck, 2003).

O termo “*stress*” foi introduzido na área da saúde por Selye, em 1936, para designar a resposta geral e inespecífica do organismo a um *stressor* ou situação *stressante*/traumática.

Posteriormente, o termo passou a ser utilizado tanto para designar esta resposta do organismo como a situação desencadeante.

A resposta ao *stress*/trauma é o resultado da interacção entre as características da pessoa e as características do meio, ou seja, das discrepâncias entre o meio externo e interno - percepção do indivíduo quanto à sua capacidade de resposta. Essa resposta compreende aspectos cognitivos, comportamentais e fisiológicos. Nesses três níveis, ela é eficaz até certo limite, mas quando este é ultrapassado, pode-se desencadear um efeito desorganizador, propiciando o surgimento dos transtornos psiquiátricos.

De facto, no decorrer do evento traumático, o cérebro activa um sistema neural de adaptação ao *stress*, que despoleta uma série de alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas adaptativas, ou seja, necessárias à sobrevivência. No entanto, estas respostas ao *stress* são muito heterogêneas, o que significa que, mediante as características do estímulo *stressor* traumático (e.g., duração, intensidade, entre outras) e/ou as características constitucionais (e.g., predisposição genética, idade, género, factores atenuantes como o suporte familiar, entre outras), a natureza das respostas pode variar.

Assim, há situações face às quais o sistema de resposta ao *stress* não tem competências para readaptar a homeostasia prévia. Nestes casos, os sinais e sintomas tornam-se severos, persistentes e disruptivos, atingindo um nível patológico e originando desordens clínicas, como é o caso da Perturbação de Pós-*Stress* Traumático.

Esta perturbação é reconhecida há mais de cem anos, muito embora tenha vindo a ser abordada sob a forma das mais variadas designações, desde neurose de compensação, histeria, choque nervoso, traumatofobia, neurose de guerra (Alberto, 2004).

O termo "neurose traumática" foi empregue pela primeira vez em 1889, pelo neurologista alemão Herman Oppenheim, para caracterizar uma perturbação que teria como causa lesões funcionais que afectavam o sistema nervoso central através de subtis mudanças moleculares. Muito embora, já em 1859, o psiquiatra francês Pierre Briquet falara da conexão psicológica entre os sintomas de histeria, e histórias de traumas sexuais na infância. Neste sentido, a escola francesa fora quem primeiro assentara as investigações no estudo da relação entre os traumas e as doenças do foro psiquiátrico.

Segundo Schestatsky et al. (2003), os primeiros estudos sobre o *stress* pós-traumático foram conduzidos em 1887, na *Salpêtrière*, pelo renomeado neurologista Jean Martin Charcot. Dois dos seus quatro discípulos, Giles de la Tourette e Joseph Babinski, direccionaram as suas

pesquisas para uma perspectiva mais orgânica/neurológica da histeria, enfatizando o papel da sugestionabilidade e da simulação, e rejeitando como responsável pelo desenvolvimento deste quadro psíquico qualquer causa de foro traumático. Por oposição, os outros dois discípulos, Pierre Janet e Sigmund Freud, influenciados pelas concepções de Charcot, procuraram aprofundar o conceito de *insight* sobre os componentes emocionais das situações traumáticas, e da sua relação com a histeria.

Foi Janet que utilizou pela primeira vez o termo "subconsciente" para descrever um conjunto de recordações/memórias que formariam os esquemas mentais, que por sua vez seriam os responsáveis pela forma como se processaria a interacção de um indivíduo com o seu meio ambiente. Na sua opinião, quando uma pessoa experimenta emoções violentas, não é capaz de encaixar essa experiências traumática com os seus esquemas cognitivos prévios e subconscientes, assim tais experiências não integradas na consciência, permanecem fora do controlo voluntário, dissociando-se. Neste sentido, assiste-se ao fracasso na integração de memórias traumáticas. No entanto, estas continuariam a intrometer-se na consciência na forma de percepções de terror, preocupações obsessivas e re-experimentações somáticas sob forma de reacções ansiosas.

Seguindo na direcção de Janet, Freud afirmava que (Schestatsky et al., 2003, p.9): “... *os histéricos sofrem principalmente de reminiscências... (de uma) experiência traumática que está constantemente a forçar a sua presença na mente do paciente... (que permanece) fixada no trauma*”. Ao ser confrontado com os quadros psiquiátricos desencadeados pela Primeira Guerra Mundial, Freud re-enfatiza o facto de que face a estímulos traumáticos intensos e a uma incapacidade da pessoa, mediante descargas apropriadas verbais ou motoras, os ultrapassar, assiste-se a um rompimento da "barreira de estímulos", que segundo ele protegeria o ego das estimulações excessivas do ambiente externo. Assim, o organismo, incapaz de lidar com a intensidade da estimulação, veria o seu aparelho mental inundado por ela, causando paralisia mental e intensas tempestades emocionais (Schestatsky et al., 2003).

Foi Abram Kardiner, psicanalista ex-analisado por Freud, quem viria a retomar a investigação das neuroses traumáticas, novamente incentivado pelos achados clínicos de uma situação de guerra, desta vez, a Segunda Guerra Mundial. Segundo vários autores especializados, ele viria a definir, pelo resto do século XX, o que seria o Transtorno de *Stress Pós-Traumático*: “... *os pacientes que sofriam de "neuroses traumáticas" desenvolvem uma permanente hipervigilância e sensibilidade face às ameaças ambientais... o núcleo destes*

quadros é uma “fisioneurose”, que está presente, tanto no campo de batalha, como durante o processo de reorganização (emocional), sobrevivendo e persistindo numa cronicidade permanente...” (Schestatsky et al., 2003, p.10).

Resumindo, a PPST foi inicialmente associada a situações de guerra e catástrofe, e em 1989, Kaplan e Sadock referiam-se a ela privilegiando a causalidade física, como era a lesão do sistema nervoso. Progressivamente, esta foi sendo associada e explicada com base em aspectos psicológicos, surgindo a noção de neurose traumática, perturbação que os psicodinâmicos explicavam como consequência da reactivação de conflitos não resolvidos e associada a uma predisposição pessoal (Kaplan & Sadock, 1989, cit Alberto, 2004). Em 1979, Horowitz traz à PPST uma nova abordagem, dando importância além das características situacionais, à dimensão cognitiva, perceptiva e organizacional do sujeito face à situação (Alberto, 2004).

De facto, ao longo da história, os fenómenos traumáticos foram sendo observados e explorados sob as mais diversas perspectivas. Desde os primeiros casos clínicos de histeria, que se procuraram explicar de que forma como os aspectos psicológicos se expressavam entre os sintomas apresentados e o evento traumático vivido pelo paciente. Desde as experiências subjectivas à intensidade dos estímulos traumáticos/*stressores*, até ao que hoje denominamos de Perturbação de Pós-*Stress* Traumático⁴⁴.

Assim, a partir de 1980, data em que a Perturbação de Pós-*Stress* Traumático é reconhecida pela American Psychological Association [APA], e cuja nomenclatura psiquiátrica é pela primeira vez publicada no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-III [DSM-III] e aceite pela comunidade científica, iniciam-se várias investigações que procuram explicar quer a etiologia deste quadro, quer a sua incidência, avaliação e tratamento. No entanto, a PPST nas crianças e adolescente ainda é actualmente muito pouco explorada, uma vez que as investigações relativas a esta problemática se inclinaram predominantemente sob a idade adulta.

⁴⁴ É a mais recente nomenclatura, segundo a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV-TR [DSM-IV-TR] (2002).

3.2.2. Definição de PPST e critérios de diagnóstico (segundo DSM-IV-TR)

Segundo Houzel, Emmanuelli e Moggio (2004), a Perturbação de Pós-*Stress* Traumático resulta de um acontecimento traumático caracterizado por uma experiência de ameaça de morte, de ferida ou perda da integridade física para si ou para uma pessoa próxima, face à qual é despoletada um conjunto de sintomas caracterizados por medo intenso, e sentimento de impotência ou de horror, por vezes traduzidos na criança por um comportamento agitado e desorganizado.

Este estado de *post-stress* traumático é dominado pela revivescência ou reexperiência persistente e penosa do acontecimento traumático, sob a forma de recordações intrusivas, sonhos recorrentes, impressões súbitas, *flashbacks* e por vezes ilusões e alucinações (Houzel et al, 2004). Quer dizer, geralmente, a pessoa tem recordações intrusivas e recorrentes do evento, ou pesadelos repetidos, durante os quais o trauma é revivido ou representado de qualquer outra forma. Em casos raros, a pessoa experimenta estados dissociativos (perda da consciência do que faz ou diz), que duram de alguns segundos a várias horas, ou mesmo dias, durante os quais partes do acontecimento traumático são revividos e a pessoa comporta-se como se o vivenciasse naquele instante. Estes episódios, designados por *flashbacks*, comportam intenso sofrimento psicológico e activação psicofisiológica (taquicardia, sudorese, agitação), ocorrendo frequentemente quando a pessoa é exposta a eventos activadores, que lembram ou simbolizam um aspecto do acontecimento traumático. Na criança, podem surgir brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos, podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível e podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático (DSM-IV-TR, 2002).

Os estímulos associados com o trauma são persistentemente evitados, havendo um esforço deliberado pelo indivíduo no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas sobre o acontecimento traumático, assim como uma procura por se esquivar de actividades, situações e pessoas que lembrem o acontecimento. Este empenho em afastar lembranças, pode manifestar-se em situações de amnésia para aspectos importantes do evento traumático. Assim, especificamente assiste-se a uma diminuição da resposta aos estímulos do mundo externo, o que designamos por “embotamento psíquico” ou “anestesia emocional”, e que habitualmente se inicia logo após o evento traumático. O indivíduo pode queixar-se de

acentuada diminuição do interesse ou da participação em actividades anteriormente gratificantes, de se sentir desprendido ou distante de outras pessoas, ou de ter uma incapacidade acentuada para sentir emoções (especialmente aquelas associadas à intimidade, ternura e sexualidade). Pode ainda manifestar uma percepção negativa do futuro, não expressando expectativas relativas a uma carreira profissional, casamento, filhos ou a um desenvolvimento normal de vida.

É ainda comum, verificarem-se sintomas persistentes de ansiedade ou maior activação psicofisiológica que não estavam presentes antes do trauma. Estes sintomas podem incluir dificuldades em harmonizar ou manter o sono, possivelmente devido aos pesadelos recorrentes durante os quais o evento traumático é revivido, hipervigilância e resposta de alarme exagerada. Alguns sujeitos podem evidenciar irritabilidade ou acessos de cólera, ou ainda dificuldades em concentrar-se ou completar tarefas.

Neste sentido, os estímulos que recordam o trauma tendem a ser evitados, por provocar um sentimento de desamparo, e conjuntamente, uma hiper-reactividade reaccional (Houzel et al., 2004). Resumindo, a *anestesia emocional geral*, com sintomas de evitamento, de amnésia psicogénica, de perda de interesse por determinadas actividades anteriormente prazerosas, que na criança se manifesta por uma regressão no desenvolvimento, e numa desvinculação, assim como a *activação neurovegetativa*, caracterizada por problemas do sono, irritabilidade e explosões de cólera, dificuldade de concentração, e hipervigilância, são alguns dos critérios que definem a Perturbação de Pós- *Stress* Traumático (DSM-IV, 1994, cit. Alberto, 2004).

Na criança esta perturbação manifesta-se também, e mais visivelmente, no atraso na aquisição de capacidades e atitudes, ou na perda de algumas já adquiridas anteriormente, em comportamentos de provocação, irritabilidade e hiperactividade (Amaya-Jackson & March, 1995; Davidson & Foa, 1991; Yule, 1994; cit. Alberto, 2004), em défices na autonomia, perda de auto-confiança e baixa auto-estima (Brown & Fromm, 1986; Eth, 1990; cit. Alberto, 2004).

Segundo Terr (Houzel et al., 2004), nas crianças e adolapcentes devem-se diferenciar dois tipos de acontecimentos traumáticos, aqueles de aparecimento único e súbito - tipo 1, e aqueles que caracterizam os abusos sexuais e outros maus tratos dirigidos à criança – tipo 2, que vão determinar diferentes perfis de sintomatologia. Na sua opinião, quando se experiapcia um trauma invulgar e inesperado, a criança manifesta sintomatologia que inclui memórias detalhadas do acontecimento traumático, reavaliações cognitivas, numa tentativa de alcançar um domínio retrospectivo sobre o acontecimento, e percepções erradas do evento (Karcher,

1994). Assiste-se também a uma revivescência do acontecimento sob a forma de jogos compulsivos ou de comportamentos que lembram a cena traumática, associado a perturbações psicossomáticas, perturbações das condutas instintuais, angústia de separação, agressividade (em crianças mais velhas), comportamentos anti-sociais (em adolescentes), e dificuldades escolares.

No caso de existirem traumas crónicos, como resultado de acontecimento variáveis, múltiplos, e prolongados, como os associados a experiências de maltrato directo, como o abuso sexual (Karcher, 1994), manifestam-se mecanismos de defesa, como recusa, dissociação, anestesia afectiva e identificação com o agressor (Houzel et al., 2004).

Em determinados tipos de acontecimentos traumáticos, a sintomatologia típica de um trauma de tipo I e de tipo II, podem co-existir (Karcher, 1994).

3.2.3. Modelos explicativos e mecanismos subjacentes ao desenvolvimento e manutenção da sintomatologia de PPST

São inúmeros os processos e mecanismos envolvidos no desenvolvimento e manutenção da sintomatologia típica de uma perturbação de pós-*stress* traumático, sendo por isso esta considerada por Shalev (1996, cit Pires, 2005), uma armadilha biopsicossocial – “*biopsychosocial trap*”. De facto, quando tentamos explicar os mecanismos subjacentes à PPST, depapamo-nos com várias perspectivas teóricas, que assentes em princípios ideológicos diversos, encontram nos processos neurobiológicos, nos mecanismos comportamentais de condicionamento, nos esquemas cognitivos, na aprendizagem social, entre outros, a explicação e compreensão deste quadro clínico.

No âmbito dos modelos biológicos e com base em estudos empíricos comprovados cientificamente, existem autores que apontam a redução do volume do hipocampo, as alterações dos níveis de cortisol, e a acção do glutamato, como possíveis causas para uma PPST (Heim & Nemeroff, 2001; Yehuda, 2000; Serra, 2003; cit Pires, 2005). As teorias que se direccionam mais numa linha psicodinâmica, defendem que perante uma experiência traumática o indivíduo acciona mecanismos de defesa primários, que enviesam a sua capacidade de assimilar novas informações e de as acomodar às pré-existentes, reflectindo dessa forma a formulação de Horowitz de que o processamento de uma resposta de *stress* assenta numa alternância de fases de intrusão e evitamento (Joseph, 2000). Segundo uma

perspectiva mais comportamental, a PPST seria originada, após um acontecimento traumático, pela activação de mecanismos de condicionamento, dos quais resultariam respostas condicionadas de medo, segundo pressupostos mais ou menos complexos. Por sua vez, os modelos com base em ideologias mais cognitivas, consideram que não sendo as experiências traumáticas assimiladas e acomodadas aos esquemas cognitivos pré-existentes, serão despoletadas uma série de crenças erróneas e distorções cognitivas, sendo estas as variáveis envolvidas no desenvolvimento de sintomatologia de pós-*stress* traumático. No âmbito destes, foram vastas as perspectivas teóricas que se desenvolveram e enraizaram.

Neste sentido, são de facto muitos os processos e mecanismos envolvidos na compreensão da PPST, que caracterizando teorias mais clássicas ou mais contemporâneas, são significativos para que numa óptica global possamos conhecer e explicar de que forma se processa a experienciapção de um conflito traumático.

A. Algumas Teorias Clássicas

3.2.3.1. Teoria da resposta ao stress

Horowitz foi considerado um dos pioneiros na área da PPST (Horowitz, 1973, 1976; cit. Horowitz, 1983). A sua teoria assentava essencialmente na observapção, com cariz psicodinâmico, de reacções normais e anormais e na crença de que os indivíduos desenvolvem conjecturas individuais acerca do mundo. Segundo este, quando um individuo experiencia um acontecimento traumático severo, este vai reagir a um nível psicológico, social e neurobiológico, numa perspectiva idiossincrática e transaccional (Horowitz, 1983). Quer dizer, quando nos deparamos com um acontecimento de natureza traumática, surge um período inicial de “*outcry*” caracterizado por uma reacção emocional intensa, ao qual se sucedem respostas de negapção e intrusão, que caracterizam estádios cerebrais que embora possam flutuar, ocorrem geralmente de forma sequencial. Posteriormente, estas respostas são trabalhadas e gradualmente atenuadas, com o propósito de se readoptar a homeostasia prévia do organismo, ou seja, os níveis de *stress* mais ou menos semelhantes aos verificados antes da experiencia *stressante*, atingindo-se um estado de “*completion*” (Horowitz, 1983). Neste sentido, o que este autor postulava era que face a um acontecimento traumático, surge uma resposta inicial de oposiçção à realizaçção do trama, seguindo-se uma resposta secundária, na

tentativa de assimilar a nova informação e acomodá-la aos conhecimentos prévios (1976, 1986; cit. Brewin & Holmes, 2003).

No entanto, a qualquer altura o acontecimento traumático pode ser percebido de forma tão intensa, ou prolongada no tempo, que vai inevitavelmente ser experienciado de forma patológica (Horowitz, 1983). Quando um indivíduo se depara com um excesso de informação, derivado do facto deste ser incapaz de harmonizar os pensamentos e memórias do trauma à representação significativa que este tinha previamente, tal provoca um estado de tensão e acciona uma série de mecanismos de defesa, com propósito de evitar as memórias. Esta necessidade, de conciliar a nova informação com os esquemas prévios, vai exigir ao indivíduo uma experiencição consciente do trauma, através de uma invasão da consciência pelas memórias traumáticas, sob a forma de intrusões, *flashbacks* e pesadelos. Há uma oscilação contínua entre o evitamento e a intrusão do trauma, mecanismo este responsável pelo ajustamento da informação. Assim, quando o processo de ajustamento falha, e a nova informação permanece na memória activa vão-se despoletar reacções pós-traumáticas persistentes (Brewin & Holmes, 2003).

Mais tarde, Horowitz (1987, cit. Horowitz, 1996) propõe o Modelo Estrutural/Comportamental, que assenta na vulnerabilidade e resiliência, enquanto factores mediadores da natureza e do grau do impacto de uma experiência traumática na criança, e desta forma da susceptibilidade à PPST. Estas características de vulnerabilidade/resiliência seriam resultado da interacção de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares e sociais.

3.2.3.2. Teoria do Condicionamento

Existe uma série de estímulos, que quando associados adquirem capacidade de incitar uma resposta de medo, através de um mecanismo de generalização (Keane, Zimering & Caddell, 1985, cit. Brewin & Holmes, 2003). Estes estímulos condicionados, apresentados ao mesmo tempo que a experiência traumática, passam a ser de forma condicionada associados a sentimentos de medo intenso e insegurança, e assim adquirem a capacidade de suscitar respostas emocionais em situações posteriores que se assemelhem à vivida (Orr, Metzger, Lasko, Macklin, Peri & Pitman, 2000).

No entanto, uma exposição repetida a memórias espontâneas do trauma, deveria ser

suficiente para extinguir essas associações, a não ser que o indivíduo evite o estímulo condicionado, através de mecanismos de distração e bloqueio dessas memórias, desenvolvendo-se desta forma uma PPST.

No seguimento destas ideias de condicionamento e, mais recentemente, Orr *et al.* (2000, cit. Brewin & Holmes, 2003) mostraram que os indivíduos com PPST desenvolvem respostas condicionadas com maior celeridade, face a um acontecimento aversivo e de difícil extinção. De facto, segundo um estudo realizado em 1986, que comparou pacientes com desordem de ansiedade generalizada e indivíduos não ansiosos, já se havia verificado que embora os mecanismos de aquisição de sintomatologia de pós-*stress* traumático fossem semelhantes, os primeiros tinham mais dificuldades na sua extinção (Pitman & Orr, 1986, cit. Orr *et al.*, 2000).

Concluindo, embora se assistisse, em determinadas situações, a mecanismos de condicionamento, existiam lacunas consideráveis nas conceptualizações com base nestes, enquanto responsáveis pelo desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, devido essencialmente a limitações teóricas de base e à ausência de constructos cognitivos. Neste sentido, como complemento às teorias do condicionamento, começou-se a desenvolver uma variedade de estudos sobre cognição e emoção (Brewin & Holmes, 2003).

3.2.3.3. Teorias do processamento de informação

Muitas das teorias de cariz cognitivo, que se focam particularmente no próprio acontecimento traumático e não no seu contexto pessoal ou social, e que denominamos de teorias de *processamento de informação*, tiveram a sua origem nos trabalhos de Lang (1979, cit. Brewin & Holmes, 2003), que tentavam compreender o condicionamento do medo e a resposta fóbica.

Este autor reformulou o contexto comportamental do condicionamento do medo, que se explicava mediante a aprendizagem das associações entre estímulos e respostas, à luz de uma conceptualização cognitiva. Assim, os eventos ameaçadores seriam representados na memória como interconexões entre computadores num sistema de rede, segundo três tipos de informação: informação sobre os estímulos relacionados com o trauma, como sinais e sons; informação acerca da resposta emocional e fisiológica ao evento; e a informação significativa, primariamente relativa ao grau de ameaça (Brewin & Holmes, 2003).

Quando a cognição e o afecto não são eficazmente integrados num mecanismo de

resposta imediata de evitamento da ameaça, surge um estado mnésico de medo estável e coerente, que facilmente é activado perante qualquer estímulo que relembre o conteúdo da memória, levando o indivíduo a experimentar as mesmas reacções fisiológicas e a tentar criar avaliações significantes, que coincidem com a memória original (Brewin & Holmes, 2003).

B. Teorias Contemporâneas

3.2.3.4. Modelo das trajectórias de vida desenvolvimentais

Foi Pynoos (1993; Pynoos, Steinberg & Wriath, 1995; cit. Kerig et al., 2000) que enfatizou a utilidade de se empregar um modelo psicopatológico desenvolvimental na compreensão do papel das diferenças individuais nos efeitos do trauma ao longo do ciclo vital. De acordo com este modelo, derivado dos trabalhos desenvolvidos por Pynoos e seus colaboradores, os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento de patologia, tais como a regulação emocional, auto-eficácia, entre outros, permitem-nos perceber os factores que predizem as reacções infantis a uma experiência traumática (Kerig et al., 2000).

Ainda segundo este autor, uma reacção de curto-prazo ao trauma depende também da natureza das experiências traumáticas. Nesta ordem de ideias, uma reacção infantil deste tipo varia em função de quatro tipos de grupos de factores: 1) *reminders* proximais do trauma (e.g., sinais externos e internos, reactividades fisiológicas); 2) *stressores* secundários proximais (e.g., alterações nas circunstâncias familiares e comunitárias); 3) aspectos ambientais da criança (ex. parentais, escolares); e 4) factores intrínsecos à criança (e.g., predisposição genética, competências desenvolvimentais). Por outro lado, o *distress* pós-traumático, ou seja, uma reacção a mais longo-prazo, vai variar em função dos factores *reminders* continuados e dos *stressores* secundários persistentes (e.g., incapacidade física, processos judiciais), subsequentes ao trauma (Meiser-Stedman, 2002).

3.2.3.5. Modelo Neurobiológico

Schwarz e Perry (1994, cit. Meiser-Stedman, 2002), dizem que o *stress* intenso resulta de um aumento da activação do sistema noradrenérgico, que está directamente relacionado

com a manifestação de alguns comportamentos sintomatológicos típicos da PPST, nomeadamente nos domínios da regulação estimulatória, vigilância, irritabilidade, locomoção, atenção, sono, e resposta de activação.

As alterações neurobiológicas vão criar uma recordação adaptativa com origem na informação relacionada com o impulso de sobrevivência accionado como resposta ao trauma, que por sua vez desencadeiam “memórias malignas”, que segundo Schwarz e seus alunos, formam uma rede neural de informação, que quando activada provoca altos níveis de estimulação tóxica, e consequentemente distorções cognitivas, alterações mnésicas, estados dissociativos, e alteração na actividade comportamental e afectiva.

Concluindo, de acordo com este modelo a criança quando exposta a uma situação traumática pode desenvolver um cérebro caracterizado por um sistema neurofisiológico e estruturas neuroanatómicas desregulados, que a tornam mais vulnerável aos *stressores* psicossociais quando esta atingir a maturidade, e assim a impelem a desenvolver reacções pós-traumáticas a estímulos generalizados, não necessariamente relacionados com o trauma original (Meiser-Stedman, 2002).

3.2.3.6. Modelo Multifactorial

Posteriormente, em 1996, por impulso de Fletcher, surge o modelo multifactorial. Semelhante ao anterior, este modelo defende que a criança reage ao trauma de forma muito semelhante à de um adulto sendo, no entanto, necessário compreender o porquê de algumas manifestarem sintomatologia típica de PPST e outras não. Nesse sentido, Fletcher (1996, cit. Meiser-Stedman, 2002) considera ser pertinente o estudo de outros eventuais factores *stressores*, para além dos que estão directamente relacionados com o trauma, enfatizando desta forma a importância da multifactorialidade.

3.2.3.7. Modelo Integrativo Conceptual

Num estudo desenvolvido por Vernberg, La Greca, Silverman e Prienstain (1996, cit. Meiser-Stedman, 2002), com crianças vítimas de um furacão, foram identificados alguns factores, que em conjunto seriam capazes de potenciar sintomatologia de PPST de severidade variável, designadamente exposição ao trauma, características da criança (e.g., idade e sexo),

acesso a suporte social, e estilos de *coping*. Neste sentido, este modelo debruça-se sobre a análise e correlação de variáveis de exposição e variáveis de não exposição, como o suporte social e o *coping*, com o propósito fundamental de identificar comportamentos alvo específicos, para posterior tratamento.

3.2.3.8. Modelo Etiológico

Desde que, em 1980, a Perturbação de *Stress* Pós-Traumático foi considerada uma nova categoria diagnóstica considerada pelo DSM-III, os estudos no sentido de se identificarem os *stressores* traumáticos, responsáveis pelo desenvolvimento da sintomatologia na idade adulta, aumentaram visivelmente, ao contrário das investigações com incidência em crianças e adolescentes, cuja revisão surgiu em 1987, mas onde apenas alguns estudos que avaliaram PPST foram disponibilizados (Lyons, 1987, cit. Foy, Madvig, Pynoos & Camilleri, 1996). Uma das principais limitações para este facto, prendeu-se com o facto de não ter existido uma unificação, quer dizer, os estudos não se debruçavam sobre o exame de factores etiológicos associados a um tipo de evento traumático único, havendo por isso pouca consistência nas investigações deste tipo de sintomatologia, nesta faixa etária específica. Esta limitação, é ainda exacerbada pelo facto de muitos dos acontecimento traumáticos na infância ocorrerem em segredo, como são o exemplo das situações de maltrato, o que dificulta o diagnóstico de PPST, impelindo frequentemente os investigadores para estudar outros tipos de traumas, como situações de catástrofe (Foy et al., 1996).

Neste sentido, Foy et al. (1996), apresentam-nos um Modelo Etiológico para a PPST, com o propósito de gerar hipóteses que pretendem identificar associações entre a exposição ao trauma e a consequente sintomatologia, assim como testar a relação entre variáveis etiológicas e outras variáveis mediadoras, interacções que na sua opinião induziriam diferentes graus de sintomatologia. Segundo este modelo, quando se considera que um indivíduo, após ter sido exposto a uma situação excessivamente *stressante*, está em risco de desenvolver uma desordem, e este despoleta uma crise psicológica, tal se hipotetiza como sinónimo de uma ligação de causa-efeito entre o mecanismo sequencial causal e uma reacção de *stress*. Se a PPST se desenvolve, vai ser influenciada por variáveis mediadoras adicionais - biológicas, psicológicas e sociais.

A vantagem deste modelo está no facto de analisar a relação etiológica dose-resposta,

no sentido que considera situações de exposição a traumas excessivos sem que se verifique expressão de sintomatologia de pós-*stress* traumático, assim como situações em que a experienciapão de acontecimentos de baixos níveis de *stress* impulsionam PPST. Para isso o modelo apoiou-se na existência de variáveis de protecção ou resilientes, e na interacção de variáveis de risco ou de vulnerabilidade, respectivamente (Foy et al., 1996). Significa isto portanto, que quando um indivíduo na presença de uma variável⁴⁵ aumenta o risco de desenvolver PPST, o que significa que se encontra numa situação de “vulnerabilidade”, pode-se dizer que esta variável mediadora embora não tenha um efeito directo e independente na produção de *distress*, funciona como um reforço da reactividade à experiência traumática. Pelo contrário, quando esta funciona como um obstáculo ao exacerbpamento da sintomatologia de reactividade, estamos na presença de uma variável de resiliência, encontrando-se o indivíduo numa situação de “protecção”. Contudo, existem variáveis com a capacidade de produzir, por si só, *distress* enquanto “causas independentes”, sem que haja uma relação entre factores etiológicos e mediadores. Há ainda um terceiro tipo de interacção, na qual a presença de uma variável mediadora “potenciadora”, em interacção com o factor etiológico potencia uma PPST, funcionando desta forma como factor de vulnerabilidade, e como causa independente, ao mesmo tempo (Foy et al., 1996). Segundo Foy et al. (1996), o *distress* parental pode funcionar como um poderoso factor mediador na predição de PPST infantil.

A presença de outros factores, embora não tenham um efeito mediador directo ou indirecto, pode aumentar a probabilidade de exposição a traumas específicos, como por exemplo, o baixo nível sócio-económico, a baixa escolaridade, a instabilidade familiar, entre outras.

3.2.3.9. Teorias Cognitivas

Tal como temos verificado, várias formulações teóricas têm vindo a ser propostas no sentido de explicar as reacções pós-traumáticas. No entanto, tem havido um especial interesse nas teorias cognitivas, pelo facto destas não pretenderem substituir teorias existentes, mas ao invés disso, objectivarem explicar mecanismos primários (Creamer, Burgess & Pattison,

⁴⁵ A severidade da exposição, o tempo de latência do pós-trauma e o *distress* relacionado com trauma parental, foram variáveis que Foy, et al. (1996) identificaram como apresentando uma relação significativa com o risco ou severidade de PPST.

1992).

As teorias cognitivas explanadas a seguir, são das mais importantes concepções acerca da PPST, devido ao facto de fomentarem a formulação de hipóteses testáveis, assim como o desenvolvimento de tratamentos directos, focando-se para isso no processamento da informação (Salmon & Bryant, 2002).

3.2.3.9.1. Teoria do processamento emocional de Foa, Steketee e Rothbaum (1989)

A identificação de variáveis que influenciam o desenvolvimento da sintomatologia de PPST tem como princípio os mecanismos que facilitam ou bloqueiam o processamento emocional (Foa & Riggs, 1995).

Apoiados nos estudos de Lang (1977), que postulavam o facto das emoções serem armazenadas em redes mnésicas, que continham informação acerca dos estímulos, respostas, e significados relacionados com os acontecimentos emocionais (Salmon & Bryant, 2002), Foa, Steketee e Rothbaum (1989, cit. Creamer et al., 1992), propuseram uma teoria similar, adaptada à PPST. De acordo com esta teoria a experiência de um evento traumático resultaria no desenvolvimento de um sistema mnésico de medo, que abarcava: 1) informação dos estímulos envolvidos no acontecimento traumático; 2) respostas cognitivas, afectivas, fisiológicas, e comportamentais; e 3) informação interpretativa acerca dos significados dos estímulos e respostas da estrutura.

Neste sentido, o que Foa et al. (1989, cit. Salmon & Bryant, 2002) sugeriam era que face a um acontecimento de vida traumático, sistemas de medo compostos por uma série de informação armazenada, com base em fontes de ameaça, seriam desenvolvidos. Esta rede de sistemas seria então caracterizada por um conjunto de representações mentais, que estariam intimamente inter-relacionadas devido à sua forte associação ao medo, e que por isso rapidamente seriam activadas por inúmeros sinais internos e externos.

Assim, para que houvesse uma redução da resposta de medo, duas condições seriam necessárias, nomeadamente a disponibilização de determinados factores (e.g., *reminders*), no sentido de promover a activação da estrutura e sua posterior modificação, e ainda a acessibilidade da informação tida como incompatível com a estrutura do medo, com o objectivo do sistema de memória ser modificado (Creamer et al., 1992). Quer dizer, numa

primeira fase o sistema mnésico deve ser activado de forma prolongada para que a habituação à ansiedade e o declínio das associações à ameaça, possa ocorrer. Numa fase posterior deve-se corrigir a informação incompatível com o esquema de ameaça/medo, que se baseia na experiência e expectativa futura de perigo, no sentido de se facilitar a formação de novos esquemas adaptativos (Salmon & Bryant, 2002). Assim, de uma forma eficaz, este processo permitiria criar nova informação, que provocaria uma dissociação entre os elementos da resposta e os elementos do estímulo na estrutura do medo e, consequentemente, uma modificação da informação acerca do significado dos estímulos ameaçadores e das respostas à ameaça (Creamer et al., 1992).

A PPTS, de acordo com teorias como esta, resulta de uma predisposição atencional para procurar e identificar estímulos caracterizados como ameaçadores (Salmon & Bryant, 2002).

Após um acontecimento traumático, são necessários esforços especiais no sentido de se processar a situação, que irá por consequência levar ao ajustamento. Neste sentido, quando se desenvolvem distúrbios psicológicos crónicos, tal significa que o processamento não ocorreu com eficácia e a representação mnésica do acontecimento contém elementos patológicos, nomeadamente conjecturas erradas acerca do potencial de perigo e das competências individuais para lidar com a ansiedade extrema (Jaycox, Zoellner & Foa, 2002).

Na PPST, especificamente, o que parece ocorrer é que o indivíduo percebe o mundo como extremamente perigoso e a ele próprio como incapaz de lidar com o *stress*. As concepções pré-traumáticas do mundo e de si próprio, assim como a memória do trauma e as interpretações pós-traumáticas da vítima estão implicadas no desenvolvimento e reforço das conjecturas erradas supracitadas, criando-se assim um ciclo vicioso que apoia a manutenção da psicopatologia pós-traumática (Jaycox, Zoellner & Foa, 2002).

3.2.3.9.2. Modelo de processamento cognitivo de Creamer, Burgess e Pattison (1992)

Este modelo foi proposto com base na síntese e reconceptualização de algumas teorias já existentes na altura (e.g., Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Horowitz, 1986; cit Creamer et al., 1992) e postula que cada um de nós reage às situações de *stress*, mediante esquemas mentais pré-existentes, que contêm informação relacionada com as experiências passadas do indivíduo, assim como as suas crenças, conjecturas e expectativas de experienciar futuros

acontecimentos traumáticos.

Quando ocorre uma situação de *stress* extremo, o indivíduo vê-se confrontado com uma informação inconsistente com aquela que caracteriza os seus esquemas internos e, nesse sentido, torna-se urgente que os esquemas pré-existentes se moldem para que possam acomodar a nova informação. No entanto, nesta tentativa de assimilar informação ameaçadora, há uma exposição ao estímulo aversivo, que resulta num aumento da estimulação e num desejo de evitar⁴⁶, ou escapar, a pensamentos e indícios que lembrem o trauma (Creamer et al., 1992). Enquanto esta fase de assimilação e integração se processa, a informação é: “... armazenada na memória activa, e os elementos psicológicos do acontecimento continuam a produzir lembranças intrusivas e emocionais perturbantes” (Creamer et al., 1992, p. 452). Neste sentido, o embotamento ou anestesia emocional, que ocorre como sintoma da PPST, é explicada por este modelo como uma defesa contra a invasão destas imagens intrusivas.

De um modo geral, o modelo em questão objectiva descrever o mecanismo de processamento cognitivo de *Recuperação*, mediante cinco estádios: *Exposição Objectiva*, *Formação de Sistemas*, *Intrusão*, *Evitamento* e “*Outcome*”.

Segundo Creamer et al. (1992), de acordo com a investigação, embora a severidade do *stressor* seja uma variável importante, esta não é determinante e numa intensidade de igual grandeza, origina distintos graus de sintomatologia, sendo esta por isso mediada por outras variáveis.

Neste sentido, considera-se que as percepções e avaliações subjectivas de um indivíduo acerca do acontecimento traumático, vão influenciar as reacções a curto e longo-prazo de forma mais determinante (Foa et al., 1989; Green et al., 1985; Horowitz, 1986; cit. Creamer et al., 1992). Assim, se a incidência do acontecimento é percebida ou avaliada enquanto ameaçadora, as memórias relacionadas com o trauma serão *distressantes*, havendo uma maior predisposição para se desenvolver uma PPST. Nesta segunda etapa do processamento, assiste-se à formação de um sistema mnésico, com base na apresentação objectiva do estímulo, e na interpretação ou significação dada à experiência, que será influenciado pelo nível de exposição ao trauma e irá prever o nível de pensamento intrusivos (Creamer et al., 1992).

Na etapa da intrusão, o sistema mnésico necessita ser activado e modificado para que a recuperação ocorra. Esta activação do sistema ocorre quando está presente informação

⁴⁶ *Evitamento*, no contexto deste modelo, refere-se a comportamentos evitantes, assim como a re-atribuições cognitivas (Creamer et al., 1992)

compatível com o estímulo e resposta ou informação com significado no sistema mnésico. No entanto, como o sistema de memória contém estímulos e respostas, simultaneamente, quando activado surgem para além de colecções intrusivas, respostas aversivas. Por vezes, estas são funcionais, associando-se a níveis de sintomatologia reduzida, à medida que o sistema de medo modifica gradualmente, outras vezes tornam-se disfuncionais, originando níveis de estimulação extremas, assim como tentativas de escapar ou bloquear as memórias traumáticas, surgindo desta forma um evitamento como resposta ou estratégia de *coping* ao desconforto instalado (Creamer et al., 1992).

Para que se dê a recuperação, o sistema deve ser activado por períodos de tempo suficientes para permitir que o processo ocorra eficazmente, situação que não se verificará se os níveis de evitamento forem extremos, o que sucede quando se manifesta continua sintomatologia psíquica. Resumindo, esta fase é determinada pelo grau de intrusão e pela influência de estilos de *coping* pré-existentes (Creamer et al., 1992).

Concluindo, a recuperação é alcançada mediante um mecanismo de resolução do sistema de memória, que assenta na sua activação e modificação, evidente pela intrusão e que resulta em altos níveis de sintomatologia, que vão gradualmente diminuindo.

3.2.3.9.3. Modelo Cognitivo-Desenvolvimental

Este modelo visa essencialmente explicar de que forma as teorias cognitivas da PPST infantil, algumas das quais anteriormente comentadas, necessitam de considerar os factores desenvolvimentais (Salmon & Bryant, 2002, cit. Meiser-Stedman, 2002). Os autores deste modelo, reforçam a urgência de se compreender de que forma a criança codifica, e posteriormente resolve, uma experiência traumática, enfatizando essencialmente a importância e intervenção das variáveis desenvolvimentais.

O processamento de informação começa com a codificação, que está dependente da atenção dispensada pela criança às várias pistas, da avaliação do acontecimento, e da atribuição de significados (Stein, Wade & Liwag, 1997, cit. Salmon & Bryant, 2002). Neste sentido, a capacidade de recordar informação acerca de acontecimentos *stressantes* e não *stressantes* depende da codificação da informação, facto que é influenciado pela idade, sendo que crianças mais novas tendem a codificar menos ou de forma mais lenta, resultado da sua atenção ser desviada de estímulos perturbantes para outros aspectos da situação traumática, o

que diminui a informação susceptível de ser recuperada/recordada.

A codificação, avaliação e representação mnésica dos acontecimentos varia em função de factores como o conhecimento base e o desenvolvimento da linguagem, que associados à capacidade da criança regular emoções, recuperar informação mnésica e manter-se em diálogo com os adultos, vão influenciar a forma como a criança se adapta à experiência traumática – ajustamento pós-traumático (Salmon & Bryant, 2002).

Quando uma criança mais nova, apresenta imaturidade face a alguns destes domínios ou factores desenvolvimentais, nomeadamente à regulação emocional, cognição social, memória, linguagem e conversação, esta encontra-se protegida de sintomas negativos, no entanto, tal imaturidade pode resultar numa diminuição na capacidade de *coping*. Neste processo, o papel dos adultos é de extrema importância, pois o suporte e empatia por eles transmitidos, podem reforçar funções cognitivas e emocionais adaptativas e a sua interpretação é crucial na compreensão da PPST infantil. Isto porque, dialogar com um adulto permite à criança reinstalar a experiência na memória e prevenir o esquecimento, avaliar e interpretar a experiência, corrigir concepções erradas, lidar e regular as suas emoções, adquirir informação acerca de estratégias de *coping* e melhorar a performance (Salmon & Bryant, 2002).

3.2.4. Factores de Risco

A interacção dos factores de risco, em associação com a severidade do trauma, parecem mediar o desenvolvimento de sintomatologia típica de PPST. Partindo deste pressuposto, o estudo de crianças, que perante situações de trauma intenso, não desenvolveram PPST, é pertinente, no sentido de se analisarem factores específicos como resiliência, competências de *coping* e avaliação do suporte social, que podem ser determinantes para que a criança ou adolescente lide eficazmente com situações de *stress* (Davies & Siegel, 2000).

Diversos autores apresentam factores que aumentam o risco ou a vulnerabilidade de uma criança desenvolver PPST. Davidson (1993, cit. Davies & Siegel, 2000) considera sete factores como responsáveis por tornar uma criança vulnerável a sintomatologia típica de PPST, especificamente trauma infantil sexual ou físico, baixa auto-estima, separação de um dos pais antes da idade dos 10 anos, desordem psiquiátrica em parentes de primeiro grau e ser do sexo feminino. Já para Foa e Riggs (1993, cit. Davies & Siegel, 2000) a PPST ocorrerá com maior probabilidade quando os esquemas pré-existentes interagem negativamente, ou

inconsistentemente, com a memória e processamento do trauma, mediante factores de risco como: 1) percepção do mundo como seguro vs auto-percepção enquanto pessoa invulnerável, ou 2) percepção do mundo como perigoso vs auto-percepção enquanto pessoa vulnerável.

Os factores individuais de personalidade têm também, um papel importante, considerando-se que o locus de controlo é um dos mais relevantes. Joseph, Brewin, Yule e Williams (1993, cit. Davies & Siegel, 2000) defendem o sentimento de falta de eficácia pessoal como mediador de PPST crónica. A tendência para experienciar ansiedade ou emoções negativas, parecem estar igualmente associadas ao desenvolvimento de PPST severa na criança.

Segundo Lehmann (2000), variáveis como múltipla traumatização, idade, género, e resposta familiar são também passíveis de influenciar uma resposta traumática. Relativamente à múltipla traumatização, Black *et al.* (1993, cit Lehmann, 2000) referem haver cerca de 60% de crianças, numa amostra caracterizada por ter testemunhado o homicídio da mãe, que sofreram uma exposição simultânea de violência familiar continuada. Na mesma linha de investigação, Famularo *et al.* (1991, cit. Lehmann, 2000) descobriram que 80% dos menores envolvidos nos seus estudos de violência interpaparental, tinham histórias de traumatização prévia, que incluíam abuso físico e/ou sexual.

No que diz respeito a factores como idade, considera-se que quando uma experiência traumática é vivida por crianças com idades inferiores aos 11 anos, a sintomatologia típica de pós-*stress* traumática tende a ocorrer com uma probabilidade três vezes superior à de qualquer outra idade, estando por isso os pré-adolescentes e adolescentes numa situação de maior vulnerabilidade (Davidson & Smith, 1990, cit. Davies & Siegel, 2000). De facto, na revisão que Lehmann (2000) faz dos estudos que relacionam a PPST e a exposição da criança a violência interpaparental, 65% deles apontam as crianças mais novas como exibindo maiores níveis de *distress*. Neste sentido, Black *et al.* (1993, cit. Lehmann, 2000) compararam 58% de crianças em idade escolar com 10% de adolescentes da sua amostra, e concluíram que as crianças mais novas apresentavam de facto mais problemas emocionais.

Quanto ao género, as mulheres parecem estar numa situação de risco aumentado, comparativamente aos homens, esta situação, segundo Ostrov, Offer e Howard (1989, cit. Davies & Siegel, 2000) está relacionada com o facto das mulheres serem geralmente mais sintomáticas, expressando maior *distress*, enquanto que os homens apresentam uma maior tendência para exteriorizar os comportamentos. No entanto, os estudos que sugerem o género

enquanto variável mediadora não são consensuais, e com base nesse facto os estudos actuais do trauma não apontam claramente as diferenças de género (Fletcher, 1997, Udwin, 1993; cit. Lehmann, 2000).

Finalmente, os factores familiares podem ter também um forte impacto nas crianças enquanto impulsionadores de PPST, em particular o estado civil dos cuidadores, estabilidade familiar, educação, sistema de suporte social da família e funcionamento psicológico dos cuidadores (Amaya-Jackson & March, 1995a, cit. Davies & Siegel, 2000). No entanto, a reacção dos pais ao acontecimento traumático talvez constitua o factor familiar mediador com maior impacto. Quando o adulto permanece calmo e aparenta estar a controlar a situação, os medos da criança são minorados, enquanto que se este reage descontroladamente, ou ao invés disso, minimiza ou não sabe como responder ao acontecimento, a criança vai manifestar ansiedade e insegurança aumentada (Pynoos, 1994, cit. Davies & Siegel, 2000). Segundo alguns estudos, tal como o de Rossman *et al.* (1997, cit. Lehmann, 2000), o suporte familiar é de extrema importância, tendo eles verificado que quando os pais proporcionam à criança apoio e suporte, as suas respostas ao trauma são minimizadas.

3.3. A violência interpaparental enquanto experiência traumática

3.3.1. A resposta de pós-stress traumático em crianças vítimas de violência interpaparental

Os estudos empíricos e as perspectivas teóricas a eles associados, e que procuram explicar as consequências de uma experiência traumática na criança são, embora recentes, já em número significativo (e.g., Foy, Madvig, Pynoos e Camilleri, 1996; Koverola, 1995; Pynoos, Steinberg e Goenjian, 1996; Vernberg, La Greca, Silverman e Prinstein, 1996; cit. Kerig, Fedorowicz, Brown e Warren, 2000). Estes modelos conceptuais e compreensivos, apesar de defenderem ideologias singulares e distintas, em conjunto oferecem-nos uma visão 1) *integrativa*, ao considerar a criança no seu todo, sob uma perspectiva funcional, 2) *contextual*, uma vez que procuram atender ao contexto, ou seja, aos sistemas nos quais a criança se encontra inserida, e 3) *desenvolvimental*, ao compreender a interpretação e reacção da criança à experiência traumática em função da sua idade ou estágio desenvolvimental (Kerig et al., 2000).

Diante uma ameaça física ou psicológica, o organismo desenvolve uma resposta pós traumática, semelhante à que se despoleta como resultado de uma reacção do organismo a *stressores* consequentes de um estado de doença – Síndrome de Adaptação Geral – pois ambos, constituem um processo instintivo de protecção individual, necessitam da mobilização de recursos, envolvem uma desregulação do sistema cérebro-corpo e evoluem para um estado mais grave quando todos os recursos esgotam (Selye, 1956, cit. Rossman & Ho, 2000). Neste sentido, os sintomas que surgem após a experiénciação de um acontecimento traumático, seja ele provocado por uma condição de doença, ou não, como será no contexto de uma situação de violência interpaparental, constituem recursos mobilizados com o propósito de proteger o organismo e restituir a homeostasia prévia. Por exemplo, os sintomas de evitamento e embotamento da reactividade, podem funcionar como factores de protecção, dando ao organismo uma sensação de cansaço, exigindo-lhe que se distancie do perigo. O sintoma de reexperiénciação pode também inicialmente ter uma função funcional e adaptativa, pois enquanto elemento no processo de ajustamento pós trauma, (Horowitz & Reidbord, 1992, cit. Rossman & Ho, 2000), pode facilitar o mecanismo de acomodação da nova experiência, uma vez que se assim não for, e estas memórias forem evitadas pelo indivíduo, o processo de adaptação falha. Resumindo, da mesma forma que o corpo responde a uma doença, enquanto situação *stressante*, as respostas pós traumáticas a outros acontecimentos de vida, como num contexto de violência familiar, representam uma reacção normal, embora desreguladora, com o propósito de facilitar o reajustamento, a não ser que a ameaça seja intensa e prolongada (Rossman & Ho, 2000).

No campo da violência familiar, começam então a surgir estudos que abordam os conceitos de trauma e perturbação de pós-*stress* traumático, e que se preocupam em compreender de que forma pode a criança ser lesada, procurando descrever quais os recursos internos e externos utilizados por ela para lidar eficazmente com os acontecimentos *stressantes*, reais ou percebidos como tal, e quais as sequelas, ou sintomas traumáticos típicos, daí resultantes (Lehmann, 1997). De facto, as investigações nesta área mostram que o impacto da exposição da criança à violência interpaparental é negativa, estando comprovado que estas revelam competências inferiores nos domínios social e escolar (Wolfe, Zak, Wilson & Jaffe, 1986; Dawud et al., 1991; Peplar & Moore, 1989; Rossman, Bingham & Emde, 1997; Rossman et al., 1997; Wolfe & Mosk, 1983; Peplar & Moore, 1989; cit. Rossman & Ho, 2000), problemas de agressividade (Doumas, Magolin & John, 1994; Emery, 1989; Holden &

Ritchie, 1991; cit. Rossman & Ho, 2000), e adopção de padrões de resolução de problemas rígidos e agressivos (Rosenberg, 1984, cit. Rossman & Ho, 2000).

Neste sentido, enquanto surgiam inúmeros estudos numa linha de investigação mais direccionada para as sequelas comportamentais resultantes da exposição da criança à violência interpaparental, outras começavam a orientar-se para as respostas traumáticas (e.g., Devoe & Graham-Bermann, 1997; Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Lehmann, 1997; Rossman et al., 1997; Silvern & Kaersvang, 1989; cit. Rossman & Ho, 2000). Esta orientação, segundo Lehmann (1997), poderá ser explicada com base em três factos: 1) estudos clínicos descritivos de crianças que tinham sido testemunhas do homicídio, violação ou suicídio de um dos cuidadores, e manifestavam sintomatologia de pós-*stress* traumático severa, enquanto outras não apresentavam qualquer sintoma dessa natureza (e.g., Burman & Allen-Meares, 1994; Black et al., 1992; Black et al., 1993; Osofsky et al., 1995; Pynoos & Eth, 1984, 1985, 1986, 1995; Pruett, 1979; Pynoos & Nader, 1988; Scheeringa et al., 1995; Zeanah & Burke, 1984); 2) argumentos de que uma criança que testemunha formas menos letais de violência contra as mães, que excluem homicídio ou suicídio, estão igualmente em risco de desenvolver PPST (e.g., Wolfe & Jaffe, 1991); 3) pequeno número de estudos empíricos que começavam a documentar PPST em crianças que testemunham formas menos letais de violência (e.g., Martinez & Richters, 1993; Osofsky, Wewers, Hann & Fick, 1993; Fitzpatrick & Boldizar, 1993; Holaday et al., 1992; Landis, 1989; Rossman, 1994).

Assim, todas as investigações que surgiam tendo como principal objecto de estudo as crianças que vivem experiências de violência interpaparental, eram unânimes em defender que o *stress* traumático é uma resposta à violência experienciada pela criança, e a incidência e gravidade da sintomatologia são semelhantes às manifestadas como reacção a outro tipo de situações traumáticas tradicionalmente associadas à PPST (Fletcher, 1996; La Greca et al., 1996; McLeer, Callaghan, Henry & Wallen, 1994; cit. Rossman & Ho, 2000).

Concluindo, testemunhar um acontecimento violento, especialmente quando envolve figuras de vinculação e suporte, é suficiente para por si só produzir na criança uma resposta de pós-*stress* traumático, da mesma forma que uma experiência de violência directa (Kilpatrick, Litt & Williams, 1997). Assim, uma criança exposta a violência interpaparental, seja qual for a natureza da agressão, desenvolve sintomatologia de PPST, despoletando sentimentos de terror, insegurança, ameaça, o que muitas vezes a impele a procurar explicações para o sucedido, podendo frequentemente surgir auto-atribuições de responsabilidade, auto-culpabilização,

vulnerabilidade pessoal, ou percepção do mundo como perigoso (Wolfe et al., 1991, 1994; Wolfe & Gentile, 1992; Wolfe & Birt, 1995; cit. Lehmann, 1997). De acordo com Lehmann (1997), a dinâmica destes processos internos, associados a outros factores, de natureza individual, familiar, social, e características do próprio conflito, podem explicar a forma distinta como as crianças lidam e se ajustam a um acontecimento traumático, o que pode atenuar ou exacerbar a sintomatologia de PPST.

3.3.2. Variáveis mediadoras de PPST na violência interpaparental

Crianças que experienciam violência familiar, foram identificadas como estando em risco substancial de vir a manifestar uma incidência significativa de PPST (Kilpatrick & Williams, 1998), no entanto, nem todas as crianças expostas a *stressores* intensos, como é a violência interpaparental, desenvolvem este tipo de sintomatologia, o que sugere a existência de factores/variáveis que promoveriam na criança uma resistência, ou minimização da vulnerabilidade, à manifestação de psicopatologia derivada de *stress* (Fantuzzo & Lindquist, 1989; Foy, Osato, Houskamp & Neumann, 1992; cit. Kilpatrick & Williams, 1998).

Como possíveis variáveis mediadoras da resposta de *stress* da criança, podemos apontar: idade, género, locus de controlo, estratégias/estilo de *coping*, auto-culpabilização, percepção de ameaça, nível de bem-estar emocional da mãe (Gibbs, 1989, cit. Kilpatrick & Williams, 1997), múltipla vitimização/co-existência maltrato directo, suporte familiar/paparental (Lehmann, 2000), proximidade afectiva do agressor (Kilpatrick & Williams, 2000), cronicidade, terror e imprevisibilidade do acontecimento (Lehmann, 1997), entre outros.

Relativamente à variável *idade*, existem alguns autores que defendem que em crianças mais velhas o impacto da experiência traumática é mais severa (Gleser, Green & Winget, 1981; Wolfe, Jaffe, Wilson & Zak, 1985; cit. Kilpatrick & Williams, 1998) havendo, no entanto, outros que advogam o oposto (Eth & Pynoos, 1985a; Hughes & Barad, 1983; cit. Kilpatrick & Williams, 1998). Segundo Lehmann (2000), por exemplo, 30% das investigações publicadas que comparam grupos etários, mostram que as crianças em idades mais precoces apresentam um risco mais elevado de manifestar sintomatologia de PPST por comparação a crianças mais velhas. Davidson e Smith (1990, cit. Davies & Siegel, 2000) afirmam que quando a experiência traumática é vivida antes dos 11 anos de idade, a probabilidade de ocorrer uma PPST é três vezes maior. Assim, são as crianças e adolescentes

aqueles que apresentam um maior risco no sentido de desenvolver este tipo de desordem. Ainda na opinião destes autores, sendo a adolescência um período desafiante, no decorrer do qual o adolescente tem que lidar com alterações desenvolvimentais físicas e psicossociais, a vulnerabilidade ao trauma e ao despoletar de sintomatologia de *stress* pós-traumático é bem mais elevada que em idades superiores. Neste sentido, parece haver na criança mais nova uma maior dificuldade em processar a experiência traumática, que consequentemente despoleta níveis de *distress* mais intensos.

Existem também uma panóplia de estudos que apontam a variável *género* como um importante factor mediador das respostas de *stress* em menores testemunhas de violência interpaparental. Menores do sexo feminino, aparentam estar mais vulneráveis ao desenvolvimento de sintomatologia característica da PPST, uma vez que as raparigas são geralmente mais sintomáticas, expressando *distress* através de sintomatologia internalizante, como depressão e ansiedade, enquanto os rapazes expressam habitualmente os distúrbios psicológicos através de comportamentos de “*acting out*” ou externalizantes (Davies & Siegel, 2000).

Segundo alguns estudos apontados por Kilpatrick e Williams (2000), um locus de controlo externo, ou seja, a crença da criança de que não tem qualquer poder de controlo sobre a sua vida, está associada a uma maior vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia (e.g., Allen & Tarnowski, 1989; Romi & Itskowitz, 1990; Work, Parker & Cowan, 1990), da mesma forma que o uso de estratégias de *coping* passivas/paliativas são consideradas menos eficazes no ajustamento ao *stress* (e.g., Gibbs, 1989), embora haja autores que defendam o oposto (e.g. Cummings & Davies, 1994).

Similarmente, os sentimentos de culpa ou auto-culpabilização, assim como a interpretação subjectiva de ameaça, são sugeridos como sendo factores de mediação na incidência e severidade da PPST, defendendo alguns autores que quanto maior for a percepção da ameaça, mais intensas serão as reacções imediatas e maior será o risco de desenvolvimento de sequelas a longo prazo (Kilpatrick & Williams, 1998).

Numa situação de violência doméstica, em que o *stressor* mais do que ser uma pessoa humana, é habitualmente alguém com quem a criança partilha uma relação de proximidade, o impacto do trauma terá uma incidência significativamente maior (Kilpatrick, Litt & Williams, 1997) e o suporte familiar/paparental poderá ter um importante papel na minimização dos danos (Rossman et al., 1997, cit. Lehmann, 2000).

Existem ainda estudos que apontam ser frequente crianças expostas a violência interpaparental, serem cumulativamente vítimas de violência directa, física e/ou sexual, manifestando nestes casos sintomas de PPST mais intensos (Lehmann, 1997).

Para finalizar, é de referir ainda que a extensão da situação traumática, em termos de frequência, intensidade e tempo decorrido desde o último episódio, podem igualmente mediar o impacto da violência interpaparental no menor (Kilpatrick & Williams, 1998).

Conclusão

Com esta explanação teórica, procuramos incitar a reflexão acerca das sequelas que poderão irromper quando uma criança experiencia situações de violência doméstica, quer dizer, de natureza traumática. Tal como refere Rossman (2001), em pleno século XXI, e após a “década do cérebro”, tornou-se possível compreender o funcionamento deste, sob situações de *stress* e trauma, nas quais se incluem a violência interpaparental. A estas conceptualizações cérebro-corpo, outros pressupostos assentes em mecanismos vários, e baseados em factores ou variáveis mediadoras distintas, procuram explicar e ilustrar de que forma uma criança pode desenvolver psicopatologias como resposta a uma experiencia traumática, enfatizando-se assim aquilo a que Rossman (2001) designou de “perspectiva do trauma”.

Neste sentido, a investigação mostra e a literatura documenta, que crianças expostas a traumas violentos experienciam sintomas e reacções de PPST após a vivência traumática, havendo por isso uma correlação entre situações de exposição continuada a violência interpaparental e o desenvolvimento de patologia típica de PPST. No entanto, as perspectivas teóricas que procuram explicar os mecanismos envolvidos nesta relação são inúmeros, sendo que de todas as teorias apresentadas, e de acordo com algum consenso científico, as cognitivas, que focalizam o processamento da informação, parecem ser aquelas que se consideram melhor explicar o desenvolvimento da sintomatologia de PPST, especialmente porque procuram fazê-lo com vista à concepção de hipóteses testáveis, e também com o propósito de gerar novas estratégias terapêuticas, que permitam ultrapassar esta perturbação de forma eficaz.

Existe de facto uma incontestável compilação de evidências que suportam a associação entre a exposição à violência interpaparental e um conjunto de problemas de saúde mental e

consequências sociais, na criança e adolescente (Moretti, Obsuth, Odgers & Reebye, 2006). Kitzman et al. (2003, cit. Moretti et al., 2006) reforçam que a exposição à violência interpaparental está correlacionada com ambos problemas de internalização e externalização, estando a criança mais propensa a manifestar sintomatologia de PPST, tal como memórias intrusivas e hipervigilância, que podem alterar as respostas à situação de conflito paparental ou associar-se a estímulos semelhantes ao traumático pelo aumento de reacções cognitivas e comportamentais crónicas e desajustadas.

No entanto, as consequências de um trauma dependem em grande escala das interacções que cada criança estabelece com os vários sistemas do seu contexto ambiental. São as características individuais de cada criança e as experiências de vida precoces, assim como os factores físicos e sociais dos sistemas que a rodeiam, enquanto factores de risco ou factores protectores, que contribuem para a capacidade de resiliência ou elasticidade/resolução e ajustamento a situações de vida traumáticas, ou para o desenvolvimento de sintomatologia desadaptativa, típica de uma PPST. Neste sentido, podemos dizer, que apesar das consequências de viver diariamente em contextos de violência crónica serem devastantes no crescimento infantil, nem todas as crianças experimentam consequências clínicas e prejudiciais no seu desenvolvimento, sendo que algumas fazem mesmo uso destas experiências traumáticas como promotoras de competências, que lhes permitem enfrentar de forma mais resistente e eficaz, situações adversas.

PARTE II

Estudo empírico acerca da incidência de sintomatologia de PPST menores que experienciaram violência interparental

CAPÍTULO IV

O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO: DA FASE CONCEPTUAL À FASE METODOLÓGICA

Introdução

“A investigação, a teoria e a prática são entidades intimamente ligadas umas às outras” (Fortin, 2003, p.19). Segundo Fortin (2003), uma teoria não é mais que um conjunto de princípios e preposições que nos oferece uma explicação sistemática das reacções entre fenómenos e conceitos, com base numa generalização abstracta. Desta forma, a investigação bebe da teoria, no sentido de que é esta que lhe atribui uma significação aos conceitos. No entanto, esta relação investigação/teoria é recíproca, podendo a investigação ter como propósito a produção de uma teoria ou a verificação da sua evidência empírica, baseando-se desta forma em hipóteses assentes na própria teoria: *“a estreita relação entre a investigação e a teoria é tal que a elaboração da teoria repousa na investigação e esta, por seu turno, repousa na teoria”* (Fawcett & Downs, 1992, cit. Fortin, 2003, p.19).

De facto, após os vários aspectos teóricos apresentados e discutidos nos capítulos precedentes, é certo que o nosso conhecimento acerca da problemática da violência interp parental se expandiu e solidificou. Ainda assim, são inúmeras as questões relativas ao impacto da experiencição de situações de violência interp parental no desenvolvimental infantil que irrompem e, actualmente, pensamos por isso ser indiscutível a necessidade de nos debruçarmos no estudo das sequelas resultantes deste tipo de vitimação indirecta, socorrendo-nos para isso da investigação científica.

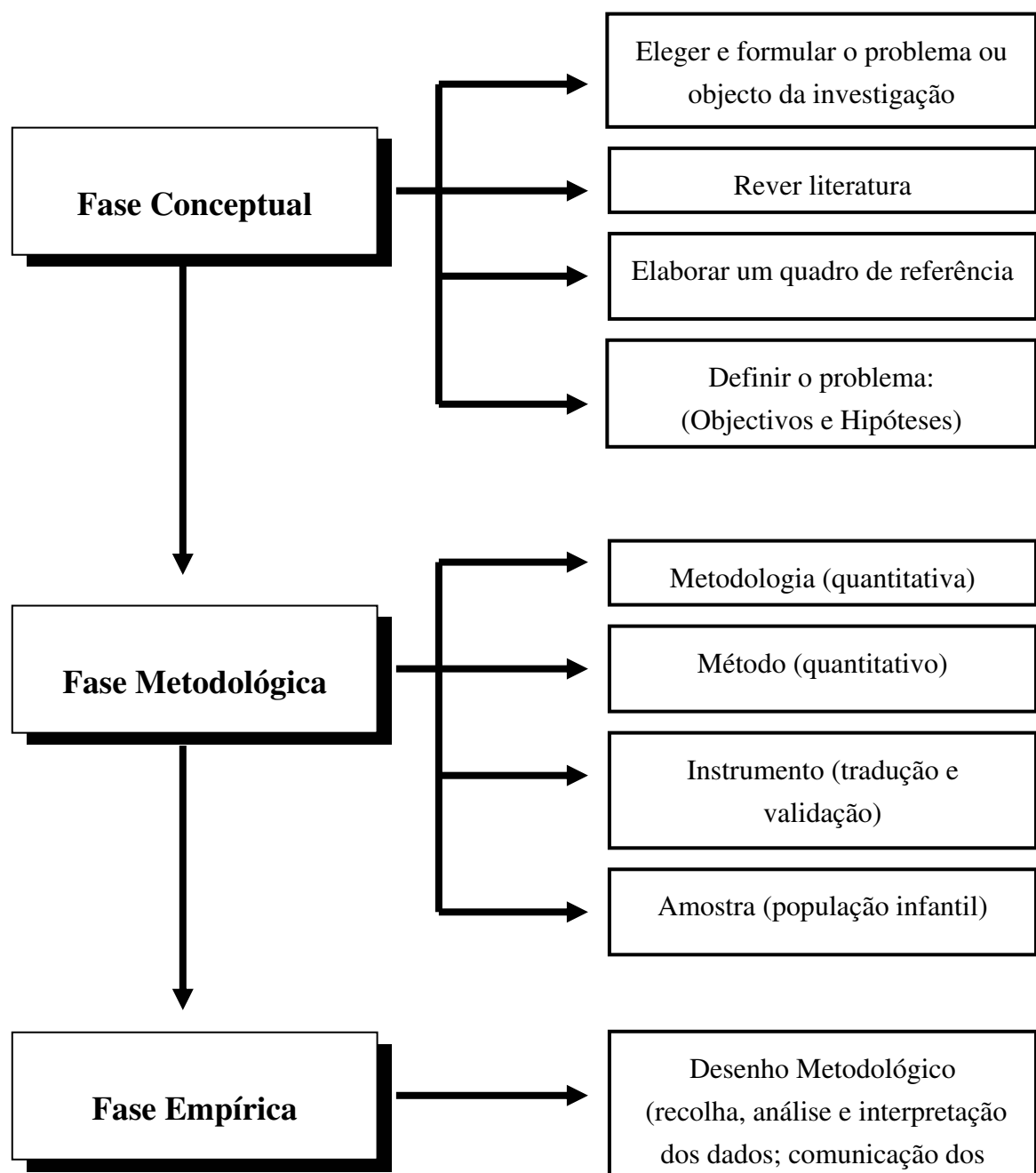
Segundo Fortin (2003, p.15) entende-se por investigação científica: *“... processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos... método particular de aquisição de conhecimentos... forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação”*.

O processo de investigação comporta três fases essenciais, no âmbito deste capítulo faremos referência às fases conceptual e metodológica, procurando definir as orientações que nos impulsionaram à escolha desta temática, bem como as diferentes etapas que percorremos até à fase empírica, explorada no capítulo subsequente.

4.1. O Desenho de Investigação

Iniciamos este capítulo apresentando esquematicamente um esboço (cf. Figura 1) das etapas que empenhadamente percorremos no exercício da investigação que nos propusemos realizar.

FIGURA 1 – Fases e etapas do processo de investigação



A - A fase conceptual

Segundo Ribeiro (1999, p.21), *“um projecto (de investigação) inicia-se pela questão de investigação”*. Neste sentido, deve o investigador no âmbito de um processo metódico e rigoroso começar por formular ideias, com base na observação, na pesquisa literária ou eventualmente num interesse particular, com o propósito de aperfeiçoar e clarificar a questão de investigação que, depois de bem delimitada, vai orientar todo o processo de investigação subsequente. Neste estágio, a revisão da literatura é crucial, pois será mediante esta que o investigador poderá situar a problemática em estudo nos conhecimentos actuais, assim como delimitar um quadro conceptual⁴⁷ ou teórico⁴⁸ que guie o seu estudo. Através deste trabalho, vai-se gradualmente delineando o objectivo⁴⁹ e as questões de investigação⁵⁰ ou hipóteses⁵¹.

Estas etapas caracterizam a fase conceptual da investigação, uma vez que *“conceptualizar refere-se a um processo de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo”* (Fortin, 2003, p.39).

Também o nosso percurso não surgiu por casualidade, tendo procurado impreterivelmente cumprir todas as etapas aconselhadas a percorrer na fase conceptual inerente ao processo de investigação.

Neste sentido, todo o trabalho de preparação que antecedeu o nosso projecto de investigação nasceu de um sentimento de inquietude incessante de compreender de que forma uma criança ou jovem, testemunha silenciosa da violência perpetrada entre figuras de suporte e vinculação, lida com uma experiência traumática desta natureza e qual o seu impacto desenvolvimental. De facto, como podemos verificar pelas explanações apresentadas na parte preambular desta dissertação, os estudos acerca da violência interparental, particularmente em Portugal, são poucos e as concepções e conjecturas ambíguas e pouco consolidadas. Assim, tal

⁴⁷ Segundo Fortin (2003), são os conceitos que surgem de teorias, experiência ou investigações, que promovem o desenvolvimento de um quadro conceptual.

⁴⁸ É aquele que explica as relações entre os conceitos estudados, sendo por isso a expressão de uma teoria existente (Fortin, 2003).

⁴⁹ Consiste num enunciado que deve indicar de forma clara a pretensão do investigador no decorrer do estudo (Fortin, 2003).

⁵⁰ Consistem em enunciados interrogativos precisos, escritos no presente e que mencionam a ou as variáveis em estudo (Fortin, 2003).

⁵¹ Na descrição de Fortin (2003), são enunciados formais que caracterizam um estudo correlacional e experimental e apontam relações presumíveis entre duas ou mais variáveis, quer dizer, predizem os efeitos esperados no estudo.

como já referimos anteriormente, porque “*a investigação científica é um processo que permite resolver problemas ligados ao conhecimento dos fenómenos do mundo real no qual vivemos*” (Fortin, 2003, p.15), consideramos ser pertinente debruçar-nos nesta questão da violência interpaparental, aceitamos o desafio da investigação e levamos adiante o nosso intento e desejo de contribuir para a produção de novos conhecimentos e /ou para o desenvolvimento de conhecimentos prévios.

4.1.1. Definição do Problema

O estudo que pretendemos expor (cf. Figura 2) tem como objectivo central compreender a problemática da violência interpaparental, especificamente no que diz respeito ao seu impacto na saúde da criança e jovem que a experiencia.

Numa primeira fase, determinamos como objectivo específico (i) avaliar e detectar sintomatologia típica de uma perturbação de pós-*stress* traumático, num grupo de menores entre os 8 e os 18 anos de idade, com experiência prévia de exposição à violência interpaparental. Neste sentido, procedemos à aferição de um instrumento (ii), a partir do qual pudemos avaliar a incidência de sintomatologia de PPST.

Numa fase posterior, propusemo-nos no âmbito de um estudo comparativo, verificar e compreender, se crianças/jovens com experiência de violência interpaparental (Grupo I) diferem quantitativamente ou não quanto à incidência de sintomas de PPST, por comparação com crianças/jovens sem experiência prévia da situação (Grupo II).

4.1.2. Hipóteses

Quando a criança é vítima indirecta de um acontecimento traumático (violência interpaparental), em que o ofensor é uma pessoa a quem ela está afectivamente ligada, tal intensifica o impacto negativo da vitimação, ao direccionar sentimentos de culpa para a vítima, ao dificultar a adopção ou implementação de estratégias de confronto com a situação, possivelmente, por temer uma futura vitimação (Sani, 2002a).

Pynoos (1987, cit. Sani, 2002a), tal como Horn e Trickett (1998, cit. Sani, 2002a), defendem que quanto mais próxima está a criança do(s) incidente(s) de violência, maior será a probabilidade desta evidenciar sintomas aceites como indicadores de pós-*stress* traumático.

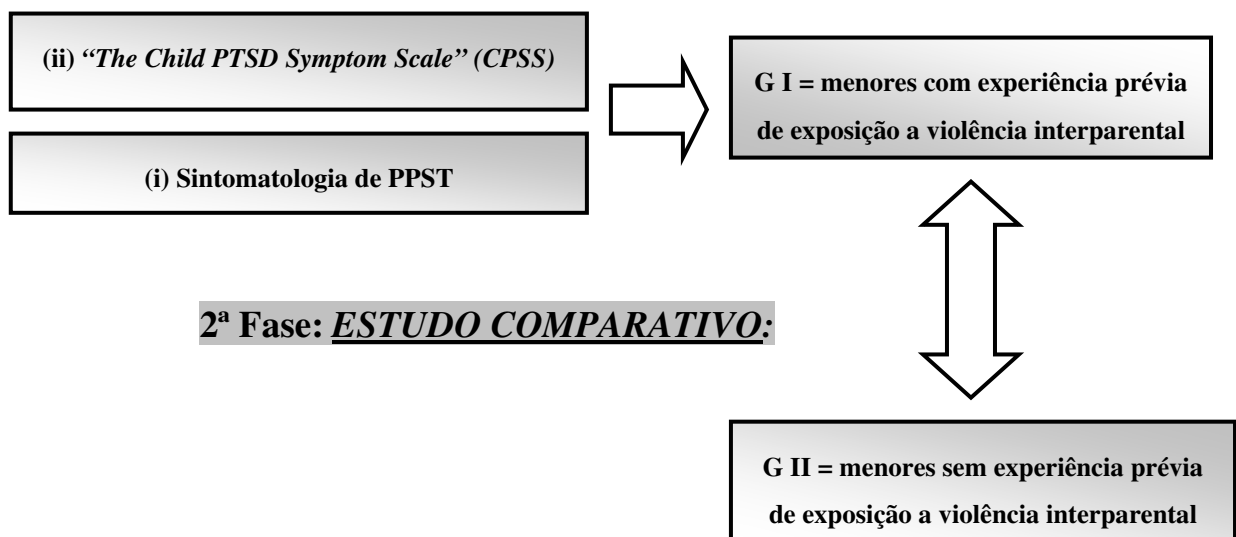
De facto, são vários os investigadores que se debruçaram sobre as respostas traumáticas, tendo concluído que a sintomatologia de pós-*stress* traumático se verifica em crianças expostas a este tipo de maltrato (e.g., Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Rossman, 1998; Wolfe, Gentile & Wolfe, 1989; Devoe & Graham-Bermann, 1997; Lehmann, 1997; Silvern & Kaersvang, 1989; Rossman et al., 1997).

Remetendo-nos para o tema central do nosso estudo, consideramos como variável independente a experiência de violência interparental e como variável dependente a sintomatologia de PPST.

Neste sentido, o nosso estudo prevê que as crianças com história de exposição prévia a situações de violência interparental (G I) manifestem uma incidência significativamente superior ($p \leq 0.05$) de sintomatologia de pós-*stress* traumático comparativamente ao G II, representativo dos menores sem experiência de violência interparental (Hipótese 1 (H1)).

FIGURA 2 – Projecto Global de Investigação

1ª Fase: VALIDAÇÃO DO INSTRUMENTO



B - A Fase Metodológica

Logo que a questão em estudo é definida e documentada pela literatura, avança-se para a fase metodológica que consiste na segunda fase do projecto de investigação, caracteristicamente mais prática (Ribeiro, 1999).

Segundo Fortin (2003), no decorrer desta, a preocupação fulcral é a de tomar decisões metodológicas que assegurem a fiabilidade e qualidade dos resultados da investigação. Neste sentido, é importante que nesta etapa se determine o método adequado para a obtenção das respostas às hipóteses formuladas, quer dizer, que se defina rigorosamente a população, a amostra e as variáveis e que se seleccione e descreva os métodos⁵² a utilizar na colheita e análise dos dados.

4.1.3. Metodologia

A estrutura que designamos por desenho ou plano de investigação do estudo, embora complexa, é fundamental para que sejamos capazes de desenvolver um trabalho científico coeso e válido. Assim, quando definimos o tipo de desenho a implementar devemos adoptar antecipadamente uma série de decisões relevantes, todas elas relacionadas com as hipóteses, amostra disponível e tipo de variáveis a serem estudadas.

Neste sentido, o nosso estudo numa perspectiva estrutural geral, deve segundo Ribeiro (1999), ser classificado como sendo um estudo do tipo Observacional⁵³ - analítico transversal, uma vez que não é nossa intenção restringir-nos à descrição da população em estudo, mas executar uma interpretação dos resultados através da análise das correlações estatísticas entre as variáveis, num único momento.

É também nossa pretensão que mediante uma articulação fecunda entre conhecimento e acção, dando por isso destaque ao modelo de investigação-acção, possamos contribuir para o aprofundamento do conhecimento relativo à problemática da violência interparental sob a perspectiva da criança. Paralelamente pretendemos contribuir para uma maior sensibilização da população e comunidade científica e técnica para esta temática tão peculiar: *“este modelo de investigação-acção decorre de um predomínio das questões de natureza prática sobre as de investigação, sendo alguns dos objectivos mais explicitados, a transformação da realidade, a autoconsciência dos indivíduos ou o desenvolvimento social* (Almeida & Freire, 1997, cit. Sani, 2007, p.83).

O nosso estudo seguirá uma abordagem metodológica quantitativa.

⁵² São diversos os instrumentos aplicados na recolha de dados, nomeadamente entrevistas, questionários, grelhas de observação, escalas de medida, etc. (Fortin, 2003).

⁵³ Quando se adopta um desenho observacional, o investigador vai, sem interferir, descrever o efeito dos acontecimentos nos sujeitos da amostra (Ribeiro, 1999).

4.1.3.1. Método

Quando se envereda pelo caminho da investigação, são diversos os métodos científicos à disposição dos pesquisadores, todos eles válidos. No entanto, é crucial que na fase metodológica do projecto, se analise e seleccione aquele que mais se adequa à busca da elucidação do fenómeno, ou facto sob estudo. Este enquadramento, do método à pesquisa é impreterível, pois o método constitui a “bússola” que orienta o investigador no processo de investigação.

Neste sentido, reportando-nos ao nosso estudo, perante o silenciamento da violência interparental no âmbito do seu impacto nas crianças e jovens, a desconsideração desta enquanto maltrato infantil, dada a enorme falta de consenso entre a comunidade científica sobre este tipo de vitimação indirecta e a assinalada necessidade de se alargar o estudo desta temática, era determinante para nós formular/reformular questões que consideramos pertinentes, testá-las e assim, a partir delas, prever fenómenos, seguindo para isso o método hipotético-dedutivo. De facto, segundo a literatura, este método inicia-se pela percepção de uma lacuna nos conhecimentos, acerca da qual se vão formular hipóteses e, pelo processo de inferência dedutiva, testa a predição da ocorrência de fenómenos abrangidos pela hipótese.

Segundo Bishop (1994, cit. Ribeiro, 1999), os métodos de investigação em Psicologia da Saúde podem subdividir-se em *métodos epidemiológicos*, *métodos de sondagem*, *métodos experimentais* e *métodos clínicos*. O estudo que nos propomos apresentar caracteriza-se por recorrer a um método de estudo epidemiológico – correlacional, uma vez que se objectiva verificar se a ocorrência de determinada perturbação se relaciona com aspectos que se suspeitam serem eventuais factores de risco. Assim, transportando-nos para a nossa investigação o que pretendemos é verificar se a experenciação de situações de violência interparental pode constituir um factor de risco para o desenvolvimento de sintomatologia característica de uma PPST na criança/jovem.

Relativamente ao método de tratamento de dados, este seguirá uma abordagem quantitativa. Inicialmente, será desenvolvido um trabalho de validação de um instrumento, realizando-se posteriormente um estudo comparativo. Em ambos os momentos serão empregues métodos de inferência estatística, recorrendo-se para tal ao programa informático *Statistical Package from Social Sciences* (SPSS).

4.1.3.1.1. O instrumento

◆ *Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças (E.S.P.S.T-C)*

Para a avaliação da incidência de sintomatologia de pós-stress traumático, objectivo central do nosso estudo, utilizamos a Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças (Duarte Costa & Sani, 2006) (cf. Anexo III), que surge da adaptação e validação para a população portuguesa da escala original *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)* de Foa, Johnson, Feeny e Treadwell (2001) (cf. Anexo II). Embora tivéssemos conhecimento de que existe um instrumento, aferido para a população portuguesa, com o propósito de diagnosticar PPST (e.g. Escala de avaliação da perturbação de stress pós-traumático (PTSD) de McIntyre, Ventura & Alberto, 1993), os seus índices de consistência interna ao nível dos factores mostraram-se baixos, apesar da escala total apresentar índices num limiar aceitável (α de .71). Assim, segundo Alberto (2004), apenas deveriam ser considerados os resultados globais da escala, não sendo aconselhada a análise da sintomatologia de PPST segundo as sub-escalas. Foi neste sentido que entendemos utilizar outro instrumento e assim proceder à aferição da CPSS.

A versão portuguesa da CPSS, foi sujeita a um trabalho de tradução e retroversão (cf. Anexo IV), no sentido de se tentar preservar o rigor linguístico. Posteriormente, embora quer a estrutura quer a ordem dos itens se tenha mantido, procurou-se aperfeiçoar a escala em termos estéticos.

A CPSS foi desenvolvida a partir da *Posttraumatic Diagnostic Scale (PTSD)*⁵⁴ e consiste numa versão para crianças. Esta propõe-se avaliar a incidência e severidade de sintomas de pós-stress traumático em crianças, dos 8 aos 18 anos de idade, que tenham experienciado acontecimentos traumáticos.

A CPSS é de autopreenchimento e foi desenvolvida com base nos critérios da DSM. É composta por dois itens iniciais de resposta escrita, 17 itens que reflectem sintomas de PPST e que agrupados dão origem a três dimensões: *Reexperiênciação* (item 1 a 5), *Evitamento* (item 6 a 12) e *Activação* (item 13 a 17) e por fim 7 itens que abordam áreas funcionais de vida.

A escala apresenta dois formatos de resposta. As respostas aos 17 itens supracitados são

⁵⁴ De Foa et al. (1997), tem como propósito diagnosticar e avaliar a severidade da PPST em adultos, vítimas de traumas diversos.

apresentadas segundo uma escala likert de 0 a 3 pontos, em que 0 = *uma ou nenhuma vez*, 1 = *uma vez por semana ou menos/de vez em quando*, 2 = *2 a 4 vezes por semana/metade do tempo*, e 3 = *5 ou mais vezes por semana/quase sempre*. Relativamente aos 7 itens finais, as respostas apresentam-se sob uma forma dicotómica, aos quais a criança deve responder 1 para *sim* e 2 para *não*. Estes, são pontuados com 0 (ausência défice=não) ou 1 (presença défice=sim), o que resultam numa pontuação que varia entre 0 e 7 e que nos permite avaliar com que intensidade as áreas funcionais abordadas se encontram lesadas.

A pontuação total da escala, relativa aos 17 itens sintomáticos, varia entre 0 (ausência de sintomatologia) e 51, conforme a intensidade de sintomas de PPST. Para cada sub-escala ou dimensão, obtemos pontuações parciais. Para a sub-escala *Reexperienciação* a pontuação varia entre 0 a 15, para a *Evitamento* varia entre 0 a 21 e para a *Activação* varia entre 0 a 15⁵⁵.

O estudo original da CPSS, junto de uma amostra de 75 crianças de ambos os géneros e idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos, vítimas de um terramoto, revela que este instrumento apresenta óptimas propriedades psicométricas. A primeira parte da escala é caracterizada por uma alta consistência interna, com coeficientes alpha de .89 para a escala total e de 0.80, 0.73, 0.70, para as sub-escalas *Reexperienciação*, *Evitamento* e *Activação*, respectivamente. A fiabilidade teste-reteste de uma a duas semanas é de .84 para o total da escala e .85, .63 e .76 para as sub-escalas supracitadas. A CPSS mostra, ainda, correlações significativas com medidas de pós-stress traumático (e.g. *Child post-traumatic stress disorder reaction index* -CPTSD-RI, de Pynnos et al. (1987), já validadas para a população americana, o que permitiu aos autores originais demonstrar que a escala apresenta óptimos valores de validade convergente⁵⁶. A segunda parte da CPSS mostrou pouca consistência interna, com um coeficiente alpha de .35⁵⁷, embora a fiabilidade teste-reteste mostre óptimos resultados (.70). Foi encontrada uma correlação significativa entre deficiências nas áreas de vida e a severidade da PPST.

As propriedades psicométricas da *Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças* serão explanadas e analisadas no capítulo V.

⁵⁵ Segundo os autores, estes 17 itens poderão ser cotados de forma dicotómica para se estabelecer um diagnóstico de PPST, em função dos critérios sintomáticos da DSM-IV-TR (Foa et al., 2001).

⁵⁶ “*Refere-se à extensão em que a correlação de um instrumento com instrumentos que medem o mesmo constructo é maior do que a correlação com os que medem constructos diferentes*” (Herdman, Fox-Rushby & Badia, 1998, cit. Ribeiro, 1999, p.115).

⁵⁷ O item “*Felicidade com a tua vida em geral*” não se relacionava com os restantes e quando foi removido a consistência interna aumentou para um coeficiente alpha de .89.

4.1.3.1.2. Processo de amostragem e procedimentos

Para a validação da *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)*, procedeu-se à constituição de uma amostra clínica, a qual será designada por Grupo I, representada por crianças/jovens que experienciaram especificamente situações de violência interpARENTAL. Posteriormente, foi constituída uma outra amostra, nomeada como Grupo II. Esta amostra normativa, através de uma recolha aleatória de sujeitos, caracteriza crianças/jovens que não vivenciaram, à partida, situações de violência interpARENTAL.

A administração da escala ao Grupo I, decorreu entre Fevereiro de 2007 e Outubro de 2007, pela própria investigadora e outros técnicos que colaboraram no projecto (psicólogos e assistentes sociais afincos às instituições que colaboraram connosco e psicólogos no âmbito de serviços clínicos privados), os quais receberam orientações, inclusive escritas, relativamente aos procedimentos de administração (cf. Anexo V). Esta administração, foi subsequente à obtenção de autorização por parte das instituições envolvidas (cf. Anexo VII) e/ou pais ou responsáveis legais, mediante a subscrição de um documento escrito de consentimento informado (cf. Anexo VI). Todas as crianças que optaram participar neste estudo fizeram-no voluntariamente, tendo algumas delas tido a necessidade de serem orientadas continuamente no preenchimento da escala devido a dificuldades de interpretação de algumas questões, resultantes maioritariamente de défices cognitivos ligeiros, défices de leitura, desordens comportamentais e emocionais. O instrumento foi aplicado individualmente e sem limite de tempo.

Após a CPSS ter sido traduzida e validada para a população portuguesa, procedeu-se à constituição do grupo II, que decorreu no início do mês de Novembro, mediante os mesmos procedimentos empregues para a sub-amostra clínica (grupo I).

4.1.3.1.4. A amostra

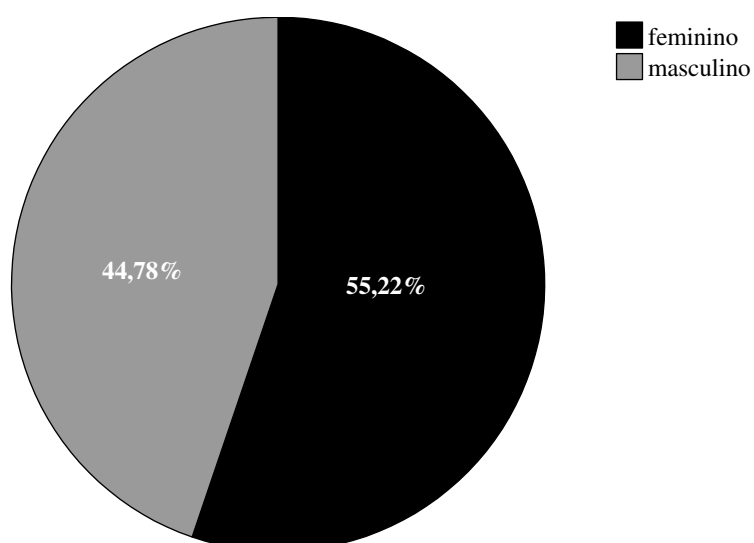
A nossa amostra é constituída por dois grupos, conforme referimos anteriormente. O grupo I é constituído por 67 crianças e jovens, com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos (média etária = 11,69 e desvio padrão (d.p.) = 3,051) (cf. Quadro 1), sendo 37 do sexo feminino (55,2%) e 30 do sexo masculino (44,8%) (cf. Gráfico 1).

O grupo supracitado foi reunido mediante o apoio de várias instituições e profissionais das áreas sociais e humanas (Serviços de Consulta Psicológica = 12; Gabinetes de Apoio à Vitima = 18; Projecto de cariz psicossocial = 37). No entanto, a constituição desta amostra foi uma tarefa árdua.

QUADRO 1 – Distribuição por Idade (grupo I)

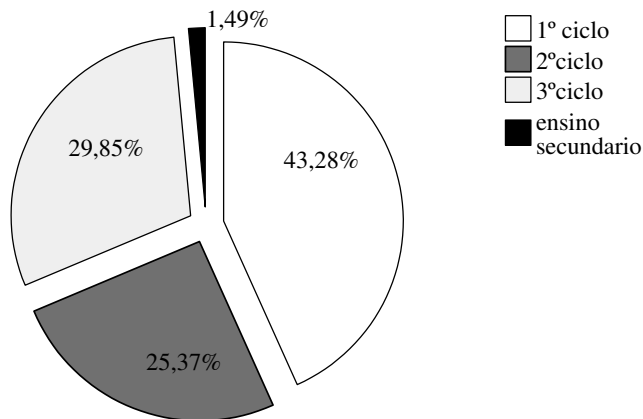
Idade	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
8	12	17,9	17,9
9	11	16,4	34,3
10	6	9,0	43,3
11	4	6,0	49,3
12	9	13,4	62,7
13	5	7,5	70,1
14	6	9,0	79,1
15	7	10,4	89,6
16	1	1,5	91,0
17	2	3,0	94,0
18	4	6,0	100,0
Total	67	100,0	

GRÁFICO 1 – Distribuição por Sexo (grupo I)



Os menores do grupo I são ainda caracterizados por frequentar diferentes níveis de escolaridade, sendo maioritariamente aqueles que frequentam o 1ºciclo (43,3%) (cf. Gráfico 2).

GRÁFICO 2 – Distribuição por Escolaridade (grupo I)



Quando procedemos ao cruzamento das variáveis idade e escolaridade verificamos que existe alguma dispersão dos dados (cf. Quadro 2).

QUADRO 2 – Cruzamento das variáveis idade e escolaridade (grupo I)

Idade	Escolaridade				Total
	1º ciclo	2º ciclo	3º ciclo	Ens. Sec.	
8	12				12
	17,9%				17,9%
9	11				11
	16,4%				16,4%
10	5	1			6
	7,5%	1,5%			9,0%
11	1	3			4
	1,5%	4,5%			6,0%
12		8	1		9
		11,9%	1,5%		13,4%
13		2	3		5
		3,0%	4,5%		7,5%
14		1	5		6
		1,5%	7,5%		9,0%
15		1	6		7
		1,5%	9,0%		10,4%
16			1		1
			1,5%		1,5%
17			2		2
			3,0%		3,0%
18		1	2	1	4
		1,5%	3,0%	1,5%	6,0%
Total	29	17	20	1	67
	43,3%	25,4%	29,9%	1,5%	100,0%

O grupo II, constituído por crianças/jovens que não experienciaram situações prévias de violência interpaparental, é composto por 69 menores, com idades compreendidas entre os 8 e os 17 anos de idade (média etária = 11,09, d.p.=2,759) (cf. Quadro 3), dos quais 36 são do sexo feminino (52,2%) e 33 do sexo masculino (47,8%) (cf. Quadro 3). Este grupo foi reunido com a cooperação de uma Instituição Particular de Solidariedade Social, no âmbito das valências de “ATL” e “Academia de Formação”.

QUADRO 3 – Cruzamento das variáveis Idade e Sexo (grupo II)

Idade	Sexo		Total	Percentagem
	Feminino	Masculino		
8	8	6	14	20,3
9	4	9	13	18,8
10	5	6	11	15,9
11	2	1	3	4,3
12	5	2	7	10,1
13	3	1	4	5,8
14	2	4	6	8,7
15	4	1	5	7,2
16	1	3	4	5,8
17	2	0	2	2,9
Total	36 (52,2%)	33 (47,8%)	69	100,0

Relativamente à variável escolaridade, as 69 crianças e jovens que constituem o Grupo II, frequentam diferentes níveis de escolaridade, do 1º ao 3º ciclo, com uma incidência mais elevada ao nível do 1º ciclo (44,9%) (cf. Quadro 4). No quadro 5, apresentamos os dados referentes ao cruzamento das variáveis idade e escolaridade para o grupo II.

QUADRO 4 – Distribuição por Escolaridade (grupo II)

Nível de escolaridade	Frequência	Percentagem	Percentagem acumulada
1º Ciclo	31	44,9	44,9
2º Ciclo	16	23,2	68,1
3º Ciclo	22	31,9	100,0
Total	69	100,0	

QUADRO 5 – Cruzamento das variáveis Idade e Escolaridade (grupo II)

Idade	Escolaridade			Total
	1º Ciclo	2º Ciclo	3º Ciclo	
8	14			14
9	13			13
10	4	7		11
11		3		3
12		5	2	7
13			4	4
14			6	6
15		1	4	5
16			4	4
17			2	2
Total	31	16	22	69

Resumindo, ambos os Grupos I e II representam duas amostras distintas no que diz respeito à vivência prévia de situações de violência entre as figuras de suporte, ou seja, o grupo I é constituído por 67 menores que foram sinalizados como tendo experienciado violência interpaparental, por oposição ao grupo II, constituído por 69 sujeitos que à partida não tiveram experiência de violência desta natureza.

Relativamente às variáveis que caracterizam as amostras, procurou-se que fossem idênticas, representadas por sujeitos com idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos de idade (conforme as directrizes da escala original) e com uma média etária semelhante entre grupos (11,69 para o grupo I e 11,09 para o grupo II). Para a variável sexo, apesar de as amostras não apresentarem o mesmo número de sujeitos do sexo feminino e masculino, a distribuição média é aceitável, verificando-se entre o grupo I e II apenas uma diferença percentual de 3% para ambos os sexos. Em termos de escolaridade, verificamos que o grupo I expressa menor escolaridade e maior atraso escolar, por comparação ao grupo II, embora não de forma significativa.

Neste sentido, com o propósito de se confirmar estatisticamente a equivalência entre os grupos I e II procedemos à realização de algumas análises estatísticas.

Numa primeira fase, efectuou-se uma análise de natureza paramétrica, especificamente o *Teste T Student*. Assim, depois de validados os pressupostos do teste, para a variável idade, nomeadamente a normalidade da amostra⁵⁸ e a homogeneidade das variâncias⁵⁹, aplicou-se a prova e verificou-se não existirem diferenças significativas ao nível da idade entre os grupos I e II ($t=1.203$; g.l.=134; $p=.231$) (cf. Quadro 6).

Para a variável sexo, a partir de uma prova estatística não paramétrica, mais especificamente mediante o teste do *Qui-quadrado*, verificou-se a equivalência entre os mesmos grupos ($X^2=.859$; g.l.=1; $p=.354$).

Mediante os resultados apresentados, pudemos proceder à comparação dos grupos I e II, posteriormente, no âmbito do estudo comparativo.

QUADRO 6 – Teste t para amostras independentes (variável idade)

		Teste Levene para igualdade das variâncias		Teste-t para a igualdade das médias		
		Valor Levene	Sig.	t	Graus liberdade	Sig. (2-tailed)
<u>Idade</u>	<i>Equal variances assumed</i>	,592	,443	1,203	134	,231
	<i>Equal variances not assumed</i>			1,201	131,776	,232

⁵⁸ Uma vez que ambas as amostras têm um $n \geq 30$, segundo o Teorema do Limite Central, podemos assumir que as médias das amostras seguem uma distribuição normal, o que nos permite aplicar esta prova paramétrica (Maroco, 2003).

⁵⁹ Segundo o Teste de Levene para a homogeneidade das variâncias, o valor p (.443) é superior ao nível de significância ($\alpha=0.05$), assim assume-se a igualdade/homogeneidade das variâncias e deverá ler-se o valor de p , relativamente ao teste de igualdade das médias, na 1ª linha da tabela (*Equal Variances Assumed*).

Conclusão

Depois de caracterizadas demograficamente as amostras e após termos verificado a equivalência entre os grupos I e II, reuníamos as condições necessárias para prosseguir na realização do estudo comparativo.

Prévio a este estudo, discutiremos no capítulo seguinte as etapas respeitantes à validação da CPSS e, posteriormente, discutiremos então no capítulo VI as análises diferenciais realizadas com outra amostra, no sentido de verificar a existência ou não de diferenças ao nível dos resultados neste instrumento.

CAPÍTULO V

A FASE EMPÍRICA

Introdução

Este capítulo aborda exclusivamente o processo de validação da *The Child PTSD Symptom Scale (CPSS)* de Foa, Johnson, Feeny e Treadwell (2001), escala utilizada para avaliarmos a incidência de sintomatologia de pós-*stress* traumático em menores expostos à violência interpaparental. Como foi referido, esta escala é composta essencialmente por duas partes: a primeira, constituída por 17 itens organizados segundo uma escala tipo likert (0 a 3) que define variáveis que correspondem a sintomas de pós-*stress* traumático; a segunda parte da escala, apresenta 7 itens de resposta dicotómica (Sim ou Não), que permitem avaliar a funcionalidade de determinadas áreas da vida do menor.

A amostra utilizada na concretização do processo de validação da CPSS foi a correspondente ao grupo I. Esta amostra clínica, em termos descritivos pode ainda ser caracterizada relativamente à natureza da experiência *stressante* mencionada pelo menor e ao tempo decorrido desde essa vivência. Neste sentido, mediante a análise do tipo de trauma, verificamos que as situações de violência interpaparental de natureza física ou verbal, isoladamente, são as que apresentam maior representatividade (cf. Quadro 7). Sendo aquelas que ocorreram há menos de um mês, seguidas das que ocorreram há mais de 6 meses, as de maior incidência (cf. Quadro 8).

QUADRO 7 – Distribuição do item “Experiência mais stressante” (grupo I)

Tipologia da violência	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Violência física	25	37,3	37,9	37,9
Violência psicológica/emocional	8	11,9	12,1	50,0
Violência verbal	20	29,9	30,3	80,3
Violência física e psicológica	2	3,0	3,0	83,3
Violência verbal e física	8	11,9	12,1	95,5
Violência verbal e psicológica	3	4,5	4,5	100,0
Total	66	98,5	100,0	
99	1	1,5		
Total	67	100,0		

QUADRO 8 – Distribuição do item “Tempo decorrido” (grupo I)

Tempo decorrido	Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem acumulada
Menos de um mês	22	32,8	33,3	33,3
De 1 a 3 meses	14	20,9	21,2	54,5
De 3 a 6 meses	9	13,4	13,6	68,2
Mais de 6 meses	21	31,3	31,8	100,0
Total	66	98,5	100,0	
99	1	1,5		
Total	67	100,0		

Posto isto, procedemos à análise das características psicométricas junto de uma amostra portuguesa com o objectivo de obtermos, no nosso país, uma medida válida para a detecção de sintomas típicos de uma PPST em crianças e jovens, de naturalidade portuguesa, que tenham experienciado situações de violência entre os pais. Neste sentido, começamos por estudar a validade dos itens mediante o cálculo de medidas de tendência central e de dispersão, tais como a média e o desvio padrão. Posteriormente, analisamos a consistência interna dos itens (fidelidade) através do coeficiente α de *cronbach*, assim como a validade de constructo, procedendo à análise factorial dos itens, através do estudo dos componentes principais, seguida de rotação varimax. À medida que formos apresentando os resultados iremos discutindo o seu significado e explicando as nossas opções metodológicas.

5.1. Validação da Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças (E.S.P.S.T-C)

5.1.1. Análises Descritivas

♦ 1ª Parte da escala:

Pelo quadro 9, verificamos que o grupo I mostra, para a maioria dos itens, valores que rondam o “1 ponto” (numa escala de 0 a 3). Para certificar esta classificação devemos atender, no quadro 10, à média obtida para o total da escala que foi de 21,30 (com um desvio-padrão de 9,35) e que dividida pelos 17 itens que a compõem, traduz-se num resultado médio de 1,25. Podemos ainda verificar relativamente aos resultados das sub-escalas, que o grupo I obteve

para a sub-escala *Reexperiênciação* uma média de 6,64 (d.p. = 3,46), para a *Evitamento* um valor médio de 7,21 (d.p. = 3,80) e para a *Activação* uma média de 7,42 (d.p. = 3,39), as quais divididas por cinco, sete e cinco itens, respectivamente, nos mostram igualmente um resultado médio próximo de “1”.

QUADRO 9 - Estatística descritiva para os vários itens da escala (G I) – 1ª parte escala

E.S.P.S.T-C (Sub-escalas)	Itens	Média	Desvio padrão
Reexperiênciação	Item1	1,32	,886
	Item2	1,17	,993
	Item3	1,15	,815
	Item4	1,71	,824
	Item5	1,37	1,024
Evitamento	Item6	1,60	1,043
	Item7	1,08	1,035
	Item8	,86	,704
	Item9	1,00	,884
	Item10	,91	,897
	Item11	,91	,843
	Item12	,92	,973
Activação	Item13	1,45	1,031
	Item14	1,68	1,120
	Item15	1,69	1,074
	Item16	1,25	,969
	Item17	1,43	,935

QUADRO 10 – Médias e desvios padrão para o total da escala e sub-escalas (G I) – 1ª parte da escala

Medidas	Total da escala	Reexperiênciação	Evitamento	Activação
Média	21,30	6,64	7,21	7,42
Desvio Padrão	9,347	3,458	3,804	3,385

Estes valores médios significam que o Grupo I, correspondente aos 67 menores que experienciaram situações de violência interparental, evidencia os sintomas apresentados “uma

vez por semana ou menos/de vez em quando” havendo, no entanto, quatro itens⁶⁰ cujos valores não atingem a pontuação “1”, os quais se incluem na sub-escala “*Evitamento*”. Tal, permite-nos dizer que este grupo não parece apresentar uma tendência generalizada e expressa para evitar persistentemente estímulos associados com o trauma, para afastar lembranças ou aspectos importantes do evento traumático, nem um padrão comportamental típico de “embotamento psíquico” ou “anestesia emocional”, sintomas que caracterizam essa sub-escala. Assim, podemos conjecturar que nesta amostra os sintomas de evitamento, de amnésia psicogénica, de embotamento afectivo, etc., de facto não se manifestam ou então poder-se-ão exteriorizar de outras formas, tais como numa regressão no desenvolvimento ou em comportamentos de desvinculação.

Relativamente ao género, não foram encontradas diferenças relevantes, quer para o total da escala quer para as diferentes sub-escalas. No entanto, para a variável idade⁶¹ verificamos que os resultados do total da escala e da sub-escala “*Evitamento*” apontam ligeiras disparidades. Podemos observar estes dados nos quadros 11 e 12.

QUADRO 11 – Médias e Desvios Padrão por Género (G I) – 1ª parte escala

Género	Medidas	Total da escala	Reexperiênciação	Evitamento	Activação
Feminino	Média	20,84	6,59	6,68	7,51
	d.p.	8,742	3,387	3,224	3,437
Masculino	Média	21,87	6,70	7,87	7,30
	d.p.d	10,167	3,602	4,384	3,375

QUADRO 12 – Médias e Desvios Padrão por Grupo etário (G I) – 1ª parte da escala

Grupo etário	Medidas	Total da escala	Reexperiênciação	Evitamento	Activação
8-11	Média	19,82	6,42	6,30	7,03
	d.p.	9,255	3,428	3,450	3,432
12-18	Média	22,74	6,85	8,09	7,79
	d.p.	9,346	3,526	3,972	3,346

⁶⁰ Itens: 8 (“*Não ser capaz de lembrar uma parte importante da experiência perturbante*”), 10 (“*Não sentir proximidade às pessoas que te rodeiam*”), 11 (“*Não ser capaz de ter sentimentos fortes*”) e 12 (“*Sentir como se os teus planos futuros ou esperanças não se realizarão*”).

⁶¹ Para analisar eventuais diferenças etárias, optamos por subdividir o grupo I em dois, em função do valor médio para a variável idade (média \pm 11).

♦ **2ª Parte escala:**

Conforme podemos averiguar mediante a observação e análise dos dados apresentados nos quadros seguintes (cf. Quadro 13 e 14), não existem diferenças relevantes relativamente às variáveis sexo e grupo etário⁶², para o total da escala. No entanto, se atendermos ao estudo dos vários itens que compõem a 2ª parte do nosso instrumento verificamos, para a variável sexo, valores médios superiores, sobretudo nos itens 20 (*“Relações com os amigos”*), 21 (*“Diversão e actividades de passatempo”*) e 24 (*“Felicidade com a tua vida em geral”*), sendo que os défices nestas áreas de vida se mostram mais acentuados no sexo feminino. Para a variável grupo etário, observam-se igualmente algumas discrepâncias entre itens, assinalando-se especificamente os itens 18 (*“Fazer as tuas orações”*), 21 (*“Diversão e actividades de passatempo”*) e 23 (*“Relações com a tua família”*), para os quais o grupo etário dos 8 aos 11 expressa maior défice.

Em média, o grupo I manifesta uma pontuação total para a 2ª parte da escala de 3,67 (para uma pontuação de 0 a 7), o que revela a existência de alguma afectação em áreas de vida da criança.

QUADRO 13 – Médias e Desvios Padrão por Género (G I) – 2ª parte escala

Sexo	Medidas	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Total (2ª parte escala)
Feminino	Média	,32	,32	,59	,57	,65	,59	,89	3,95
	d.p.	,475	,475	,498	,502	,484	,498	,315	2,094
Masculino	Média	,23	,47	,37	,30	,67	,63	,67	3,33
	d.p.	,430	,507	,490	,466	,479	,490	,479	2,006

⁶² Para analisar eventuais diferenças etárias, optamos por subdividir o grupo I em dois, em função do valor médio para a variável idade (média \pm 11).

QUADRO 14 – Médias e Desvios Padrão por Grupo etário (G I) – 2ª parte escala

Grupo etário	Medidas	Item 18	Item 19	Item 20	Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Total (2ª parte escala)
8-11	Média	,18	,39	,48	,33	,64	,55	,76	3,33
	d.p.	,392	,496	,508	,479	,489	,506	,435	2,056
12-18	Média	,38	,38	,50	,56	,68	,68	,82	4,00
	d.p.	,493	,493	,508	,504	,475	,475	,387	2,045

5.1.2. Índice de correlações

Relativamente à primeira parte da escala, a partir da análise da matriz de correlações de Pearson, entre os itens e a pontuação total (cf. Anexo VIII) podemos assegurar que foram obtidos para todos os itens índices altamente significativos ($p < .001$), à excepção dos itens 6 e 11, que apesar de apresentarem valores mais baixos são igualmente significativos respectivamente para $p < .05$ e $p < .0.1$.

As correlações entre os vários itens, nem sempre se verificam significativas, no entanto, os resultados apontam, na generalidade, correlações maioritariamente positivas e expressivas.

Pela observação da matriz de correlações respeitante à 2ª parte da nossa escala, verificamos que é altamente significativa ($p = .000$) (cf. Quadro 15) a correlação entre as pontuações de défice funcional, obtidas mediante os últimos sete itens da E.S.P.S.T-C, e as auferidas na 1ª parte da escala, quer em termos de pontuação total quer em termos de pontuação ao nível de cada um dos factores.

QUADRO 15 – Matriz de correlação de Pearson (2ª parte escala)

	r	p
Total da escala (ptsd)	,518***	,000
Reexperiênciação	,419***	,000
Evitamento	,496***	,000
Activação	,447***	,000

r (coeficiente de pearson) p (valor prova) *** $p < .001$

5.1.1.2. Estudos relativos à fidelidade

Para procedermos à análise da precisão da E.S.P.S.T-C, recorremos ao cálculo da consistência interna⁶³, concretamente do coeficiente *alpha de Cronbach*, valor obtido a partir da média das intercorrelações entre os itens da escala. Para a 1ª parte do nosso instrumento, os resultados relativos ao total da escala, assim como os das sub-escalas *Reexperiênciação*, *Evitamento* e *Ativação* (cf. Quadro 16), demonstraram uma consistência interna significativamente alta, para valores de *alpha* de ,87, ,86, ,78 e ,82, respectivamente. A análise dos itens, através do estudo da correlação de cada sintoma com o total da escala, comprovaram que todos os itens contribuíam para a consistência do próprio instrumento, embora alguns com valores abaixo de ,60, à excepção do item 6 que apresentou um valor de correlação muito baixo de ,186. No entanto, do ponto de vista estatístico a eliminação deste item, depois da análise da consistência dos itens, testada com a sua ausência ou presença, chegou-se à conclusão de que o valor de *alpha* (.87) manter-se-ia próximo do mesmo valor.

Assim, após esta apreciação decidimos que avançamos para a validação da escala, sem excluir qualquer item. No quadro 17, indicamos os principais valores obtidos item a item a propósito da precisão.

QUADRO 16 – Correlações total-subescalas, valores de variância e *alpha de Cronbach* – 1ª parte da escala (Grupo I)

	Variância (s/ item)	r Item –Total corrigida	Alpha (s /item)
Total da escala (pós-stress traumático)	87,745	1,000	,85
Reexperiênciação	244,676	,86	,81
Evitamento estímulos	242,749	,78	,82
Ativação	250,402	,82	,82

⁶³ Uma boa consistência interna deve exceder um α de 0.80 sendo, no entanto, aceitáveis valores acima de 0.60 (Ribeiro, 1999).

QUADRO 17 – Correlações item-total, valores de variância e *alpha de Cronbach* – 1ª parte da escala (Grupo I)

Item	Variância (s/ item)	r Item –Total corrigida	Alpha (s /item)
Item 1	75,330	,633	,86
Item 2	74,160	,626	,86
Item 3	75,352	,695	,86
Item 4	75,890	,646	,86
Item 5	74,016	,612	,86
Item 6	81,254	,186	,88
Item 7	77,153	,419	,87
Item 8	80,362	,395	,87
Item 9	76,035	,586	,86
Item 10	76,997	,511	,87
Item 11	81,559	,235	,88
Item 12	76,124	,517	,87
Item 13	75,263	,532	,86
Item 14	74,309	,533	,86
Item 15	75,475	,494	,87
Item 16	77,876	,411	,87
Item 17	75,902	,557	,86

A 2ª parte da E.S.P.S.T-C, relativa aos défices no funcionamento, mostrou uma boa consistência interna ($\alpha=.75$). Todos os itens que a compõem evidenciaram semelhantes valores de *alpha* (cf. Quadro 18), o que nos permite concluir que esta apresenta valores de fidelidade satisfatórios.

QUADRO 18 – Correlações item-total, valores de variância e *alpha de Cronbach* – 2ª parte da escala (Grupo I)

Item	Variância (s/ item)	r Item –Total corrigida	Alpha (s /item)
Fazer orações	14,845	,56	,72
Fazer tarefa de casa	14,559	,59	,72
Relação com amigos	14,311	,64	,71
Diversão/actividades passatempo	14,065	,72	,70
Trabalho escolar	15,340	,39	,74
Relações c a família	15,169	,42	,74
Felicidade c a vida geral	15,403	,45	,74

5.1.4. Validade de construto

A validade de construto pretende garantir que um instrumento mede de facto o constructo que se propõe medir, permite-nos saber, a partir dos resultados num instrumento, se é possível encontrarmos um ou mais constructos teóricos das variáveis que a escala pretende avaliar (Anastasi, 1988, cit. Sani, 2003).

Neste sentido, a validade de construto foi investigada por meio do método de análise factorial exploratória que testou a relação entre as variáveis, possibilitando a simplificação dos dados pela redução do número de variáveis necessárias. Antes de proceder à análise factorial exploratória, o coeficiente *Kaiser-Mayer-Olkin* (KMO) foi estimado e o teste de esfericidade de *Bartlett* foi aplicado, para aferir a qualidade das correlações entre as variáveis.

O teste de *Bartlett* apresenta um nível de significância inferior a $p < .001$, o que nos permite apontar para a existência de correlações entre as variáveis. O valor do teste de qui-quadrado é 444,441 para $p < .001$. O KMO, que compara correlações simples com correlações parciais observadas nas variáveis, apresenta um valor de 0,788 cujo valor se aproxima claramente do valor mínimo recomendado [KMO=0.89] (Pestana & Gageiro, 2005), o que se considera aceitável, logo a análise em componentes principais pode ser realizada.

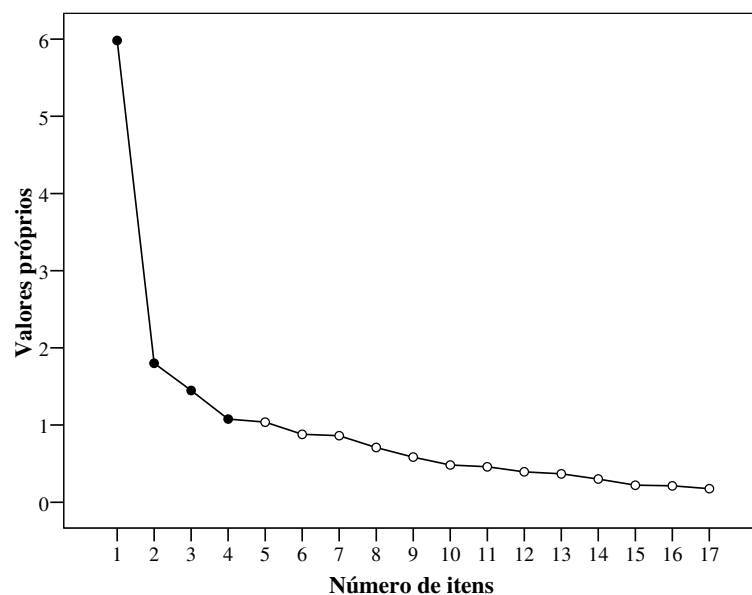
A análise dos componentes principais (cf. Quadro 19) revela a presença de cinco factores com valores próprios superiores a 1. Segundo a análise do *scree plot* (cf. Gráfico 3) existe uma inflexão nítida após o quarto componente, o que nos remeteria para a extracção de quatro factores. No entanto, atendendo à percentagem de variância acumulada apenas três se destacam. Neste sentido, apesar da percentagem de variância explicada pela solução de três

factores (54,307%) ser inferior ao valor sugerido mediante critérios teóricos (70 – 75%) (Pestana & Gageiro, 2005), valor que aliás é difícil de alcançar, a percentagem que obtivemos é perfeitamente satisfatória, tendo-se optado por isso pela retenção dos três factores para posterior rotação.

QUADRO 19 – Matriz de componentes extraídos a partir da análise de componentes principais (Grupo I)

Item	Valores próprios			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% variância	% acumulada	Total	% variância	% acumulada
1	5,982	35,191	35,191	5,982	35,191	35,191
2	1,801	10,594	45,785	1,801	10,594	45,785
3	1,449	8,522	54,307	1,449	8,522	54,307
4	1,078	6,342	60,649			
5	1,038	6,105	66,754			
6	,880	5,178	71,932			
7	,862	5,073	77,004			
8	,710	4,174	81,178			
9	,585	3,443	84,622			
10	,482	2,838	87,460			
11	,459	2,702	90,161			
12	,395	2,322	92,483			
13	,368	2,165	94,648			
14	,301	1,768	96,416			
15	,221	1,298	97,714			
16	,213	1,251	98,965			
17	,176	1,035	100,000			

GRÁFICO 2 – Scree Plot (Grupo I)



Assim, no sentido de melhor se interpretar estes três factores calculou-se uma rotação *varimax* (cf. Quadro 20), uma vez que este método permite obter, mediante uma maximização das saturações mais elevadas e uma redução das saturações mais baixas, uma estrutura mais simples diminuindo o número de variáveis que apresentam saturações num factor.

QUADRO 20 – Matriz de componentes por factores (rotação *varimax*)

Item	Factor		
	1	2	3
Item 1	,774		
Item 2	,710		
Item 5	,701		
Item 14	,667		
Item 13	,656		
Item 15	,623		
Item 3	,604	,532	
Item 10	,600		
Item 4	,538	,355	
Item 6		,724	
Item 16		,617	
Item 8		,615	,385
Item 7		,594	
Item 9	,373	,584	
Item 17	,389	,543	
Item 11			,884
Item 12	,493		,640

A solução rodada traduz-se numa estrutura com três componentes que revelam saturações tendencialmente fortes, embora com a particularidade de cinco itens de uma mesma escala original (*itens* 3, 4, 8, 9, 17, 12) saturarem de forma substancial em dois componentes, o que nos leva a pressupor que alguns dos itens (sintomas) abordam estados emocionais subjectivos, com componentes psicológicos e fisiológicos que se sobrepõem, de tal forma que podem ser considerados em mais que um factor.

No estudo português, o Factor 1, que explica a maioria da variância total da escala, integra 9 itens, 5 dos quais caracterizam reacções de revivência da situação traumática. No entanto, além destes este factor inclui 4 itens (10, 13, 14 e 15), 1 relativo a comportamentos de *Evitamento* e 3 de comportamentos de *Activação*. O factor II engloba 6 itens, 4 correspondentes a respostas de evitamento e 2 de respostas de *Activação*. Finalmente, o factor

III inclui 2 itens que traduzem respostas que traduzem hiper-estimulação. Tal pode explicar-se, pelo facto de existir claramente uma associação estreita entre sintomas de activação, reexperiênciação e evitamento.

Concluindo, a estrutura de três componentes é consistente com a investigação original realizada pelos autores do instrumento, embora os itens da nossa escala se redistribuam de uma forma diferente por cada um dos três factores (cf. Quadro 21). Segundo alguns estudos (e.g. Alberto, 2004), estes resultados eram previsíveis pois a construção da escala não se realizou em função de um procedimento estatístico, ou seja, mediante uma derivação factorial, mas por correspondência aos critérios de diagnóstico de PPST de acordo com a DSM-IV-TR. Assim, entendemos que o mais pertinente seria sobrepor a teoria à estatística mantendo, neste sentido, a organização original dos itens. Justifica-se desta forma as descrições das análises feitas anteriormente, com respeito, pela organização teórica dos itens em 3 factores.

QUADRO 21– Nova redistribuição dos itens por factores (depois da rotação *varimax*)

CPSS (Factores)	Itens (redistribuição segundo escala original)	E.S.P.S.T-C (Factores)	Itens (Nova redistribuição)
Factor 1*	Item1	Factor 1	Item 1
	Item2		Item 2
	Item3		Item 5
	Item4		Item 14
	Item5		Item 13
Factor 2**	Item6		Item 15
	Item7		Item 3
	Item8		Item 10
	Item9		Item 4
	Item10	Factor 2	Item 6
	Item11		Item 16
	Item12		Item 8
Factor 3***	Item13		Item 7
	Item14		Item 9
	Item15		Item 17
	Item16	Factor 3	Item 11
	Item17		Item 12

* Reexperiênciação ** Evitamento *** Activação

Conclusão

O processo estatístico apresentado e comentado ao longo deste capítulo visou especificamente a validação de uma escala, instrumento que nos será útil para a avaliação da incidência de sintomatologia de pós-*stress* traumático em menores que experienciaram situações prévias de violência interparental no grupo I, o mesmo que serviu de base ao estudo quantitativo apresentado neste capítulo.

Neste sentido, e depois de verificadas as boas qualidades psicométricas da escala, com valores de validade e fidelidade bastante satisfatórios, procederemos ao estudo comparativo, através do qual avaliaremos a capacidade desta escala discriminar sintomatologia de PPST em grupos distintos, relativamente à experiência de violência interparental. Pois, embora os resultados das análises estatísticas efectuadas se considerem aceitáveis, os instrumentos só terão interesse para a prática de investigação se forem capazes de apreender diferenças individuais nos constructos avaliados (Freire & Almeida, 2001, cit. Sani, 2003).

CAPÍTULO VI

O ESTUDO COMPARATIVO

Introdução

No âmbito deste capítulo será levado a cabo um estudo comparativo entre os grupos I e II, anteriormente já demograficamente caracterizados, no sentido de se aferir mediante o instrumento validado no estudo quantitativo precedente, se os menores das nossas amostras, clínica e normativa, diferem ou não, relativamente à incidência de sintomatologia de pós-*stress* traumático, partindo-se do pressuposto de que esta patologia estará correlacionada com a vivência prévia de experiências de violência interparental.

Cumpridas as condições para este estudo comparativo, ou seja, demonstrada a equivalência entre os grupos I e II para as variáveis demográficas que se consideram ser mais importantes, tal como podemos ver no capítulo IV, prosseguimos para a aplicação do *Teste T Student* para amostras independentes. Através deste método paramétrico procedeu-se à análise dos dados obtidos pela administração da E.S.P.S.T-C, no sentido de se verificar se os grupos são distintos relativamente à sintomatologia de PPST.

6.1. Análises Diferenciais

6.1.1. Sintomatologia de pós-*stress* traumático nos grupos I e II

Através dos resultados apresentados no Quadro 22, podemos verificar que existe claramente uma distinção entre os grupos I e II, no que diz respeito aos valores médios obtidos quer para o total da escala, quer para cada um dos factores. Salientando-se, que o grupo I manifesta sempre pontuações médias mais elevadas, especialmente ao nível do total da escala e da sub-escala *Activação*. Se observarmos os valores do desvio padrão, apuramos que o grupo II mostra resultados superiores comparativamente ao grupo I, tal significa que se evidencia uma maior dispersão de resultados no grupo II.

No sentido de validar estes valores, e assim testar se as médias dos dois grupos independentes são ou não significativamente diferentes, procedemos a uma análise mediante o Teste T de *Student* (cf. Quadro 23). A partir deste, foi-nos permitido confirmar que as amostras caracterizam efectivamente dois grupos dicotómicos, havendo diferenças

incontestáveis entre eles no conjunto dos itens para a 1ª parte da escala, destacando-se as pontuações altamente significativas para o total da escala ($p=.001$) e para a sub-escala *Ativação* ($p=.000$). Neste sentido, o teste de T de *Student* usado para o cálculo das médias e desvios padrão revela existirem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo clínico (GI) e o grupo normativo (GII), quando comparados atendendo à sintomatologia de pós-stress traumático⁶⁴.

QUADRO 22 e 23 – Teste T *Student* para GI e GII no conjunto dos itens para a 1ª parte da E.S.P.S.T-C

	Grupo	N	Média	Desvio padrão
Total da escala (pós-stress traumático)	Grupo I	67	21,30	9,347
	Grupo II	69	14,97	11,710
Reexperienciação	Grupo I	67	6,64	3,458
	Grupo II	69	5,04	4,078
Evitamento	Grupo I	67	7,21	3,804
	Grupo II	69	5,46	4,804
Ativação	Grupo I	67	7,42	3,385
	Grupo II	69	4,55	3,829

	Teste T de <i>Student</i>		
	t	g.l.	Sig.
Total da escala (pós-stress traumático)	3,476	134	,001
Reexperiênciação	2,462	134	,015
Evitamento	2,344	134	,021
Ativação	4,621	134	,000

6.1.2. Défices no funcionamento em áreas de vida, nos grupos I e II

Na segunda parte da escala, ao contrário do que se verificou para a primeira, os valores obtidos não se manifestam significativamente diferentes entre os grupos, à exceção do item 25 (“*Felicidade com a tua vida em geral*”) para o qual o grupo II manifesta maior déficit (média=1,55 e d.p.=,50) por comparação ao grupo I (média=1,21 e d.p.=,40).

⁶⁴ Avaliada pela primeira parte da E.S.P.S.T-C (Duarte Costa & Sani, 2006).

QUADRO 24 e 25 – Teste T *Student* para GI e GII no conjunto dos itens para a 2ª parte da E.S.P.S.T-C

Item	Grupo	N	Média	d.p.
Item 18	Grupo I	67	1,70	,461
	Grupo II	69	1,83	,382
Item 19	Grupo I	67	1,61	,491
	Grupo II	69	1,58	,497
Item 20	Grupo I	67	1,51	,504
	Grupo II	69	1,36	,484
Item 21	Grupo I	67	1,55	,501
	Grupo II	69	1,48	,503
Item 22	Grupo I	67	1,34	,478
	Grupo II	69	1,48	,503
Item 23	Grupo I	67	1,39	,491
	Grupo II	69	1,45	,501
Item 24	Grupo I	67	1,21	,410
	Grupo II	69	1,55	,501

Item	Teste T Student		
	t	g.l.	Sig.
Item 18	-1,719	134	,088
Item 19	,380	134	,704
Item 20	1,713	134	,089
Item 21	,859	134	,392
Item 22	-1,602	134	,111
Item 23	-,719	134	,473
Item 24	-4,348	134	,000

Conclusão

No sentido de procedermos a uma resenha conclusiva relativa aos dados obtidos no âmbito do nosso estudo comparativo, devemos remeter-nos à questão central que levantamos para a nossa investigação, ou seja, a nossa hipótese. Tal como foi exposto no capítulo IV, de

acordo com os pressupostos teóricos e investigações pré-existentes, assentes especificamente na temática da violência interparental e da sua relação com o desenvolvimento de sintomas característicos de uma PPST, entendemos ser de toda a pertinência esboçar um estudo baseado na hipótese de que crianças expostas a situações de violência entre os pais desenvolveriam, de forma significativa, pós-*stress* traumático.

A análise das médias entre os grupos I e II, quer para a nota global quer para as notas parciais, obtidas pelas sub-escalas, relativas portanto à primeira parte do instrumento, revelaram-se estatisticamente significativas. Concluindo, podemos então afirmar que é indubitável a existência de uma incidência de sintomatologia de PPST significativamente superior no grupo I, caracterizado pelos menores que vivenciaram situações de violência interparental no contexto familiar que os envolve e assim, concluir que todos os dados obtidos confirmam a hipótese (H1)⁶⁵ delineada para este estudo.

No início desta investigação, ostentamos ser nosso propósito demonstrar e, desta forma, despertar a sociedade para a realidade do impacto negativo da vivência de violência interparental no percurso desenvolvimental infantil. Com este estudo, podemos de facto confirmar que as sequelas resultantes da violência interparental existem, sendo exemplo disso a incidência significativa de sintomas de pós-*stress* traumático no nosso grupo I. Desta forma, consideramos cumprida a tarefa a que nos propusemos, assim como, legitimada a pertinência do nosso estudo.

⁶⁵ “Crianças com história de exposição prévia a situações de violência interparental (G I) manifestam uma incidência significativamente superior ($p \leq 0.05$) de sintomatologia de pós-*stress* traumático comparativamente ao G II, representativo dos menores sem experiência de violência interparental”.

CONCLUSÃO FINAL

Este trabalho debruçou-se na problemática da violência indirecta, em particular da violência interpaparental que, no nosso entender, não tem tido o merecido relevo e sobre a qual poucos têm sido os estudos desenvolvidos, especialmente em Portugal.

A experienciapão de situações de violência interpaparental, no âmbito de um contexto familiar, onde seria esperado e desejado a emanação de um clima de segurança e afecto, torna-se gradualmente um desafio para as instituições e técnicos que começam, embora lentamente, a considerar que a criança é muitas vezes testemunha de violência, de forma exclusiva, ou complementar à vitimação directa. No entanto, a aceitação social e institucional desta problemática, enquanto um tipo de maltrato infantil autónomo, questão debatida por autores como Edleson (2000, cit. Sani, 2006), está ainda longe de ser alcançada, sendo ainda ténue a sua abordagem que é maioritariamente efectivada, de forma subtil, através dos trabalhos que focam os maus-tratos psicológicos/emocionais ou as questões dos relacionamentos íntimos violentos.

No âmbito do capítulo I, foi nossa pretensão apresentar e debater as questões que se relacionam, essencialmente, com a problemática da violência interpaparental propriamente dita. Inicialmente, sob uma perspectiva histórica, objectivamos transmitir que o maltrato infantil constitui um problema que durante décadas foi repetidamente esquecido e silenciado e muito embora, actualmente, seja um drama público e reconhecido, muitos serviços e profissionais da área não conhecem a realidade do maltrato infantil no nosso país e raros são os que sabem como intervir de forma correcta e eficaz.

Associado aos tabus e pensamentos assentes frequentemente na ignorância social, aparece-nos o problema das terminologias e conceitos, abordado igualmente neste capítulo, e que contribuem para que o maltrato infantil não consiga assumir, com a celeridade desejada, a importância que lhe é merecida. De facto, a ambiguidade e a falta de consenso conceptual que cerca a questão da violência, verificada entre investigadores e comunidade em geral, contribui muitas vezes para um pobre investimento e progressão científica nesta área. Como tal, e segundo o que instiga Sani (2006), neste capítulo não nos abstermos de tecer algumas críticas às terminologias, procurando simultaneamente sustentar a opção terminológica, de “*violência interpaparental experienciada*”, que decidimos empregar ao longo deste trabalho.

Experienciar e testemunhar acontecimentos de natureza violenta entre figuras de suporte, com as quais a criança se identifica, provoca alterações significativas no ambiente familiar.

Os pais que vivem em clima de conflito, tendem a atropelar assiduamente as necessidades biológicas e psicológicas primárias da criança. Neste sentido, além das sequelas advindas de actos de violência directa, devemos considerar com igual importância os actos de omissão, cometidos indirectamente pelo não cumprimento da satisfação das necessidades básicas infantis (Sani, 2002b). Esta questão, do impacto da violência interparental na relação familiar e na díade pais-criança, foi umas das temáticas também explanadas no decorrer do capítulo I. É usual, quando se verificam situações de violência desta natureza, que também os estilos educativos e a dinâmica familiar sejam abalados, observando-se habitualmente uma inconsistência na imposição de limites, assim como uma instabilidade nos relacionamentos familiares e problemas ao nível da vinculação.

Embora haja profissionais que acreditam erradamente que a criança se não for lembrada do acontecimento vai esquecê-lo (Sani, 1999), considerando que o menor enquanto observador de uma situação de violência interparental é resiliente e não vai sofrer qualquer sequela futura (Lehmann, 2000), a realidade é que a vivência de uma experiência traumática, como é o exemplo da violência interparental, provoca indubitavelmente sequelas desenvolvimentais significativas. Segundo Jaffe e colaboradores (1990, cit. Lehmann, 2000), estas crianças manifestam reacções comportamentais consideradas traumáticas, mesmo quando afastadas da acontecimento traumático responsável pelo desencadeamento e manutenção da sintomatologia. Aliás, alguns autores defendem que: *“o testemunho da violência conjugal pela criança deve ser definido como uma forma de mau trato psicológico, entendido como “um ataque concreto por um adulto ao desenvolvimento do self e competência social da criança, uma amostra de um comportamento fisicamente destrutivo”* (Garbarino et al., 1986; Peled & Davis, 1995, cit. Sani, 2006, p.854).

De facto, a experiencição de uma situação de violência interparental constitui por si só uma ameaça, que segundo Sani (2007a) mina o sentido de predição da criança, assim como o seu sentimento de acolhimento na família, preocupando-a e fazendo-a sentir-se emocionalmente *stressada*. Assim, é usual que a criança despolete uma série de sintomatologia, de natureza internalizante e/ou externalizante. No capítulo II, procuramos apresentar e discutir um conjunto de perspectivas teóricas que procuram explicar o impacto de acontecimentos traumáticos, no percurso desenvolvimental da criança. No âmbito deste, comentamos os mecanismos envolvidos no despoletar de problemas de ajustamento, segundo diferentes conjecturas.

Não obstante, terem vindo a surgir inúmeros modelos que abordam e procuram compreender os processos de ajustamento infantil, despoletados após uma experiência específica de violência interparental, é consensual o papel mediador de algumas variáveis, que directa ou indirectamente, vão minimizando ou exacerbando o impacto da experiência traumática. Ainda neste capítulo, debruçamo-nos na discussão de algumas dessas variáveis, com especial incidência no estilo de *coping*, suporte emocional familiar e co-existência de maltrato directo.

Um confronto recorrente e crónico com acontecimentos de violência entre pais, tal como podemos verificar no capítulo II, pode não deixar marcas físicas, mas origina problemas emocionais, cognitivos e comportamentais graves (Emery, 1989, cit. Sani, 2002b), dos quais destacamos a PPST. A ausência de informações seguras relativamente à situação vivida no contexto familiar, despoleta um comportamento de alerta constante, e assente nesta percepção de ameaça, e não numa ameaça real, a criança vai desenvolver sintomas de PPST (Foa et al., 1989, cit. Alberto, 2004). Esta desordem, é portanto desencadeada quando a criança considera a situação vivida ameaçadora e representa-a na estrutura do medo. Quer dizer, as associações que eram inicialmente consideradas neutras ou seguras, como deveriam ser todas as vivências no contexto familiar, são conectadas com o medo, desenvolvendo-se assim sensações de imprevisibilidade e falta de competências de controlo, que vão incitar o desenvolvimento e manutenção da PPST (Calhoun & Resick, 1993, cit. Alberto, 2004).

Neste sentido, o reconhecimento da PPST enquanto patologia associada à experiencição infantil de violência interparental, direcciona a área da violência familiar para um novo conhecimento ao nível da compreensão do impacto “directo” provocado pelo testemunhar de situações de violência doméstica (Lehmann, 2000). Assim, no capítulo III, abordamos especificamente quais as sequelas ou sintomas que podem surgir na criança, provocados pelo impacto vivido após uma situação de violência entre os pais, focando-se detalhadamente a PPST, enquanto desordem central do nosso estudo. Apesar de difícil diagnóstico, a PPST tem vindo a incitar um interesse gradual por parte da comunidade científica e clínica muito embora, possamos facilmente perceber no capítulo III, que esta perturbação só recentemente se definiu claramente e que os estudos de PPST em crianças e adolescentes são ainda muito escassos (Alberto, 2004). Das teorias explicativas desta desordem, parece ser consensual que as cognitivas são as que melhor explicam o surgimento da sintomatologia, apresentando inclusive eventuais estratégias de intervenção no tratamento

da PPST, salientando desta forma a importância da intersecção entre a teoria e a prática clínica.

Alguns investigadores têm procurado, paralelamente, debruçar-se sobre esta área mas no sentido de dirigir a sua atenção na procura de factores que possam proteger a criança exposta à violência interparental e ajudá-la a tornar-se resiliente⁶⁶ no ajustamento ao *stress*. Inicialmente, as crianças que não desenvolviam, como se previa, problemas comportamentais como reacção a situações de *stress* foram definidas como invulneráveis (Anthony & Kohler, 1987, cit. Hughes, Graham-Bermann & Gruber, 2001) e resistentes ao *stress* (Garmezy, 1985, cit. Hughes et al., 2001). No entanto, uma das mais recentes e consensuais definições para esse tipo de crianças é a de *sobreviventes à adversidade*, no sentido de que a não manifestação de sintomatologia desadaptativa não significa que esta não a poderá manifestar a longo prazo. Foi neste sentido que, ainda no capítulo III, debatemos a questão dos factores de risco e das variáveis mediadoras nas respostas de PPST como reacção à violência interparental.

O trabalho por nós desenvolvido, pretendeu sensibilizar a comunidade para o impacto da violência interparental, cruzando para isso duas áreas da psicologia, a da saúde e a da vitimologia. Assim, e porque a criança quando é vítima indirecta de um acontecimento traumático, em que o ofensor lhe está afectivamente próximo, o impacto negativo da vitimação intensifica-se, o propósito do estudo apresentado foi verificar de que forma esta sintomatologia desadaptativa se pode reflectir em sintomas de pós-*stress* traumático.

Desta forma, seguindo sempre as recomendações e procedimentos empíricos (Sani, 2007b), construímos o nosso projecto de investigação, com base na metodologia quantitativa, uma vez que era nossa pretensão central quantificar sintomas de PPST. Todo este processo, inclusive a caracterização demográfica das amostras constituídas, foram alvo de reflexão no capítulo IV.

No capítulo V, descrevemos detalhadamente o processo de aferição para a população portuguesa, da escala original *The Child PTSD Symptom Scale*. A versão portuguesa, Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças, apresenta na generalidade óptimas

⁶⁶ A definição de *resiliência* não é consensual, várias definições foram surgindo e embora actualmente permaneça por esclarecer se esta consiste num objectivo, num processo, ou numa característica, sabe-se que a resiliência produz resultados desenvolvimentais desejados para a todas as crianças e as que atingirem esses objectivos sob circunstâncias adversas podem ser consideradas como resilientes (Hughes, Graham-Bermann & Gruber, 2001).

qualidades psicométricas, designadamente de validade e fidelidade. Assim, a E.S.P.S.T-C ostenta bons índices de consistência interna ($\alpha=.87$), quer para o total da escala ($\alpha=1$) quer para as sub-escalas *Reexperienciação* ($\alpha=.86$), *Evitamento* ($\alpha=.78$) e *Activação* ($\alpha=.82$), relativamente à primeira parte do instrumento, assim como para a 2ª parte ($\alpha=.75$). Apresenta ainda uma estrutura diferenciada organizada em três factores, tal como na escala original, embora a organização dos itens se tenham distribuído de forma diferente, assim como óptimos valores de correlação entre os itens e entre estes e a pontuação total, para ambas 1ª e 2ª partes do instrumento.

Perante os resultados obtidos no estudo de validação, que apontaram claramente valores bastante satisfatórios, seguimos com segurança para o estudo comparativo, descrito no capítulo VI. Este teve como propósito, através da comparação de dois grupos, um constituído por menores sinalizados como tendo experienciado situações de violência interparental (GI) e um outro, representado por menores que não haviam vivenciado violência interparental (GII), verificar a incidência ou não de sintomatologia típica de uma PPST. A análise dos resultados deste estudo, permitiu-nos constatar que, tal como a teoria advoga, as crianças que experienciam situações de violência interparental são susceptíveis de desenvolver sintomas de PPST, com uma incidência significativamente superior comparativamente com crianças que não apresentam este tipo de experiência em contexto familiar. Assim, podemos concluir que a experiencição de violência interparental pode constituir um acontecimento capaz de gerar trauma e sequelas psicológicas, não se excluindo desse impacto um diagnóstico formal de PPST.

No decorrer da nossa investigação levantam-se algumas limitações de ordem metodológica, de salientar o tamanho da amostra. De facto, consideramos que a amostra clínica poderia ter sido constituída com um número de sujeitos superior, no entanto, dada a natureza do objecto em estudo, levantam-se sempre inúmeras questões institucionais, técnicas, pessoais, éticas, entre outras, que forçosamente confinam as nossas acções. Ainda assim, sugere-se que futuros estudos procurem debruçar-se em amostras maiores e o mais heterogéneas possível.

Surgiram igualmente e naturalmente novos aspectos a rever, assim como a necessidade de se estudar outras variáveis (e.g. influência de algumas variáveis mediadoras), implementar

outras metodologias complementares (e.g. qualitativas) e/ou outros métodos e técnicas, no sentido de podermos aprofundar e expandir o nosso conhecimento sobre a relação entre a PPST e a violência interparental. Neste sentido, e considerando-se também a importância de uma investigação-ação, numa perspectiva positivista, reforçamos a necessidade de se identificarem e estudarem variáveis resilientes, perspectivando-se dessa forma a possibilidade de se desenvolverem estratégias de intervenção nesta área da violência familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALARCÃO, M. (2002). (des) Equilíbrios familiares, uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto Editora.
- ALBERTO, I. M. (2004). Maltrato e trauma na infância. Coimbra: Almedina.
- AMERICAN PSICHYATRIC ASSOCIATION (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- BRANCALHONE, P. G. & Williams, L. C. A. (2003). Crianças expostas à violência conjugal: Uma revisão de área. In M. C. Marquezine, M. A. Almeida, S. Omote & E. D. O. Tanaka (Eds.). *O papel da família junto ao portador de necessidades especiais* (pp. 123-130). [Versão electrónica]. Londrina: Eduel.
- BREWIN, C. & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *In: Clinical Psychology Review*, 23, pp. 339-376.
- CANHA, J. (2003). Criança maltratada: O papel de uma pessoa de referência na sua recuperação, estudo prospectivo de 5 anos. Coimbra: Quarteto Editora.
- COSTA, M. E. & DUARTE, C. (2000). Violência familiar. Porto: Ambar.
- COX, M. J., Paley, B. & Harter, K. (2001). Interparental conflict and parent-child relationships. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.). *Interparental conflict and child development*. (pp. 249-272). Cambridge: Cambridge Press.
- CREAMER, M., Burgess, P. & Pattinson, P. (1992). Reaction in trauma: A cognitive processing model. *In: Journal of Abnormal Psychology*, 101, pp. 452-459.
- CROCKENBERG, S. & Langrock, A. (2001). The role of emotion and emotional regulation in children's responses to interparental conflict. In J. H. Grych and F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development*. (pp. 129-156). Cambridge: Cambridge Press.
- CUMMINGS, E. M. & Davies, P. (1994). *Children and Marital Conflict. The Impact of Family Dispute and Resolution*. New York: The Guilford Press.
- CUMMINGS, E. M. & DAVIES, P. T. (2002). Effects of marital conflict on children: Recent advances and emerging themes in process-oriented research. *In: Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43 (1), pp.31-63.

- DALGLEISH, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *In: Psychological Bulletin*, 130 (2), pp. 228-260.
- DAVIES, P. T. & Forman, E. M. (2002). Children's patterns of preserving emotional security in the interparental subsystem. *In: Child Development*, 73 (6), pp.1880-1903.
- DAVIES, L. & Siegel, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: A review and analysis. *In: Clinical Child and Family Psychology Review*, 3, 3, pp. 135-154.
- ECHLIN, C. & Marshall, L. (1995). Child protective services for children of battered woman: practice and controversy. In E. Peled, P. G. Jaffe & J. L. Edleson (Eds.). *Ending the cycle of violence. Community responses to children of battered woman*. (pp. 170-185). Thousand Oaks: Sage Publications.
- EISIKOVITS, Z., Winstok, Z. & Enosh, G. (1998). Children's experience of interparental violence: A heuristic model. *In: Children and Youth Services Review*, 20 (6), pp. 547-568.
- EISIKOVITS, Z. & Winstok, Z. (2001). Researching children's experience of interparental violence: toward a multidimensional conceptualization. In S. A. Graham-Bermann & J. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children. The future of research, intervention and social policy*. (pp. 203-218). Washington: American Psychological Association.
- FOA, E. & Riggs, D. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: Theoretical considerations and empirical findings. *In: American Psychological Society*, 4 (2), pp.61-65.
- FORTIN, M. F. (2003). O processo de investigação: Da conceptualização à realização. 3ªed. Loures: Lusociência. (Tradução do original em francês *Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation*. Décarie Éditeur Inc., 1996).
- FOA, E. F., Johnson, K. M., Feeny, N. C. & Treadwell, K. R. H. (2001). The child ptsd symptom scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *In: Journal of clinical child psychology*, 30 (3), pp.376-384.

- FOY, D. W., Madvig, B. T., Pynoos, R. S. & Camilleri, A. J. (1996). Etiologic factors in the development of posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *In: Journal of school psychology*, 34(2), pp.133-145.
- GONÇALVES, O. F. (1999). Introdução às psicoterapias comportamentais. Coimbra: Quarteto Editora.
- GRAHAM-BERMANN, S. A. (1998). The impact of women abuse on children's social development: Research and theoretical perspectives. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence. Theory, research and applied issues*. (pp. 21-54). Washington: American Psychological Association.
- GRYCH, J. H. & Cardoza-Fernandes, S. (2001). Understanding the impact of interparental conflict on children: the role of social cognitive processes. In: J. H. Grych & F. D. Fincham (Ed.). *Interparental Conflict and Child Development: Theory, research, and application*. (pp. 157-187). USA: Cambridge University Press.
- HOLDEN, G. W. (1998). Introduction: The development of research into another consequence of family violence. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Ed.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*. (pp. 1-18). Washington: American Psychological Association.
- HOLDEN, G. W., Stein, J. D., Ritchie, K. L., Harris, S. D. & Jouriles, E. N. (1998). Parenting Behaviors and beliefs of battered woman. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*. (pp. 289-334). Washington.: American Psychological Association.
- HOROWITZ, M. (1983). Post-traumatic stress disorders. *In: Behavioral Sciences & The Law*, 1 (3), pp. 9-23.
- HOROWITZ, M. (1996). Development perspectives on child and adolescent posttraumatic stress disorder. *In: Journal of School Psychology*, 34, pp.189-191.
- HOUZEL, D., Emmanuelli, M., Moggio, F. (2004). Dicionário de Psicopatologia da Criança e do Adolescente. Lisboa. Climepsi Editores.
- HUGHES, H., Graham-Bermann, S. & Gruber, G. (2001). Resilience in children exposed to domestic violence. In S.A. Graham-Bermann & J. Edleson (Eds.). *Domestic Violence in the lives of children*. (pp. 67-90). Washington: American Psychological Association.

- JAYCOX, L., Zoellner, L. & Foa, E. (2002). Cognitive-behaviour therapy for ptsd in rape survivor. *In: Psychotherapy in Practice*, 58 (8), pp. 891-906.
- JAFFE, P. G., Wolfe, D. A. & Wilson, S. K. (1990). Children of battered woman. USA: Sage Publications.
- JAFFE, P. G., Sudermann, M. & Geffner, R. (2000). Emerging issues for children exposed to domestic violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe & M. Sudermann (Eds.), *Children exposed to domestic violence: Current issues in research, intervention, prevention and policy development*. (pp. 1-7). New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press.
- JOSEPH, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's impact of event scale: A review. *In: Journal of traumatic stress*, 13 (1), pp. 101-113.
- JOURILES, E. N., McDonald, R., Stephens, N., Norwood, W. & Spiller, L. C. (1998). Breaking the cycle of violence: Helping families departing from battered women's shelters. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*. (pp. 337-370). Washington: American Psychological Association.
- JOURILES, E. N., Norwood, W. D., McDonald, R. & Peters, B. (2001). Domestic violence and child adjustment. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development*. (pp. 315-336). Cambridge: Cambridge Press.
- KARCHER, C. R. (1994). Post-traumatic stress disorder in children as a result of violence: A review of current literature. Tese de Doutorado. Biola University. Education Resources Information Center. [Em linha]. Disponível em <http://www.eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/13/af/3a.pdf>. [Consultado em 14/01/06].
- KELLEHER, K., Gardner, W., Coben, J., Barth, R., Edleson, J. & Hazen, A. (2006). Co-occurring intimate partner violence and child maltreatment: Local policies/practices and relationships to child placement, family services and residence. [Em linha]. Disponível em <<http://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/213503.pdf>>. [Consultado em 13/01/06].
- KERIG, P. K. (1998). Gender and appraisals as mediators of adjustment in children exposed to interparental violence. *In: Journal of family violence*, 13 (4), pp.345-363).

- KERIG, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A. & Warren M. (2000). Assessment and intervention for ptsd in children exposed to violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe & M. Sudermann (Ed.), *Children exposed to domestic violence: Current issues in research, intervention, prevention and policy development*. (pp. 85-106). New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press.
- KERIG, P. K. (2001). Children's coping with interparental violence. In J. H. Grych and F. D. Fincham (Eds.), *Interparental conflict and child development*. (pp. 213-245). Cambridge: Cambridge Press.
- KILPATRICK, K. L., Litt M. & Williams, L. M. (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *In: American Journal of Orthopsychiatry*, 67 (4), pp.639-644.
- KILPATRICK, K. L. & Williams, L. M. (1998). Potencial mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. *In: Child Abuse & Neglect*, 22 (4), pp.319-330.
- KITZMANN, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R. & Kenny, E. D. (2003). Child witness to domestic violence: a meta-analytic review. *In: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (2), pp.339-352.
- LEHMANN, P. (1997). The development of posttraumatic stress disorder (ptsd) in a sample of child witnesses to mother assault. *In: Journal of Family Violence*, 12 (3), pp.241-257.
- LEHMANN, P. (2000). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and child witnesses to mother-assault: A summary and review. *In: Children and Youth Services Review*, 22 (3/4), pp. 275-306.
- MARGOLIN, G. & Gordis, E. B. (2000). The effects of family violence on children. *In: Annual Review Psychology*, 51, pp.445-479.
- MARGOLIN, G., Oliver, P. M. & Medina, A. M. (2001). Conceptual issues in understanding the relation between interparental conflict and child adjustment: Integrating development psychopathology and risk/resilience perspectives. In J. H. Grych & F. D. Fincham (Ed.). *Interparental conflict and child development: Theory, research and applied issues*. (pp. 9-38). USA: Cambridge University Press.

- MARGOLIN, G. & Gordis, E. B. (2004). Children's exposed to violence in the family and community. *In: American Psychological Society*, 13 (4), pp.152-155.
- MAROCO, J. (2003). *Análise estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- MEISER-STEDMAN, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of ptsd in children and adolescents. *In: Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (4), pp.217-232.
- MINUCHIN, S. (1990). *Famílias, Funcionamento e Tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- MORETTI, M. M., Obsuth I., Odgers, C. L. & Reebye, P. (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, ptsd, and aggression in adolescent girls and boys. *In: Aggressive Behavior*, 32, pp.385-395.
- MULVIHILL, D. (2005). The health impact of childhood trauma: an interdisciplinary review, 1997-2003. *In: Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 28, pp. 115-136.
- ORR, S., Metzger, L., Lasko, N., Macklin, M., Peri, T. & Pitmann, R. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. *In: Journal of abnormal psychology*, 109, 2, pp. 290-298.
- PESTANA, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- PIRES, T. (2005). *Perturbação de stress pós-traumático em vítimas de acidentes rodoviários*. Tese de mestrado não publicada. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- RIBEIRO, J. L. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto Editora.
- ROSSMAN, B. B., Hughes, H. M. & Rosenberg, M. S. (1999). *Children and interparental violence: The impact of exposure*. USA: Taylor & Francis.
- ROSSMAN, B. B. (1998). Descartes's error and posttraumatic stress disorder: cognition and emotion in children who are exposed to parental violence. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Ed.), *Children exposed to marital violence: Theory, research and applied issues*. (pp. 223-256). Washington: American Psychological Association.
- ROSSMAN, B. B. & Ho, J. (2000). Posttraumatic responses and children exposed to parental violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe & M. Sudermann (Ed.), *Children exposed to domestic violence: Current issues in research, intervention, prevention and policy development*. New York: The Haworth Maltreatment & Trauma Press. pp. 85-106.

- ROSSMAN, B. B. (2001). Long term effects of children's exposure to domestic violence. In S. A. Graham-Bermann & J. Edleson (Ed.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention and social policy*. (pp. 35-65). Washington: American Psychological Association.
- SALMON, K. & Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. In: *Clinical Psychology Review*, 22, pp.163-188.
- SANI, A. I. (1999). As vítimas silenciosas: a experiência de vitimação indirecta nas crianças. *Psicologia: "Teoria, investigação e Prática"*, 2, 247-257.
- SANI, A. I. (2000). *A experiência subjectiva de crianças vítimas e testemunhas de crimes*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade do Minho. Braga.
- SANI, A. I. & Gonçalves R. A. (2000). Representações da violência construídas por crianças. In: *Revista Portuguesa de Ciência Criminal*, 10, pp.437-453.
- SANI, A. I. (2002a). *As Crianças e a violência: narrativas de crianças vítimas e testemunhas de crimes*. Coimbra: Quarteto Editora.
- SANI, A. I. (2002b). Crianças expostas à violência interparental. In R.A. Gonçalves & C. Machado (Coords.), *Violência e vítimas de crime. Vol. 2-Crianças* Coimbra: Quarteto Editora. pp. 95-132.
- SANI, A. I. (2003). *As crenças, o discurso e a acção: As construções de crianças expostas à violência interparental*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade do Minho, Braga, Portugal.
- SANI, A. I. (2004). Abordagens teóricas da violência interparental: Compreensão do ajustamento da criança ao conflito dos pais. In: *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, pp. 153-177.
- SANI, A. I. (2006). O problema da vitimação indirecta de crianças no contexto familiar. *Análise Social*, Vol. XLI (180), 849-864.
- SANI, A. I. (2007a). Las consecuencias de la violencia interparental en la infancia. In R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa (Eds.), *Psicología Jurídica Violencia y Victimas*. (pp. 13-21). Valencia: Sociedad Española de Psicología y Ley.
- SANI, A. I. & Gonçalves, R. A. (2007b). As crenças e as percepções das crianças sobre a violência: conceptualização de um estudo empírico. *Psychologica*, 44, 79-95.

- SCHESTATSKY, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S. & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *In: Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (1), pp. 8-11.
- WOLFE, D. A., Jaffe, P., Wilson, S.K. & Zak, L. (1985). Children of battered women: The relation of children behaviour to family violence and maternal stress. *In: Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53 (5), pp. 657-665.
- WOLCHIK, S. A., & Sandler, I. N. (Eds.). (1997). Handbook of children's coping: Linking theory and intervention (pp. 481-511). New York: Plenum.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2000). Violence against women. Fact Sheet No 239. [Em linha]. Disponível em <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/print.html>>. [Consultado em 15/02/06].

ANEXOS

ANEXO I

Autorização dos autores da CPSS para o processo de validação
(via e-mail)

De: Ellen Kubis

Data: 03-10-2006 14:24:28

Para: vania_aonia.duarte@sapo.pt

Assunto: Translation of CPSS

Dear Vania & Ana:

Dr. Foa ask that I send the attached CPSS article along with the measurement. Dr. Foa gives permission for the translation, but you will need to send the back translation for her to add/edit. Thank you.

ANEXO II

“The Child PTSD Symptom Scale” – CPSS

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) – Part I

Below is a list of problems that kids sometimes have after experiencing an upsetting event. Read each one carefully and circle the number (0-3) that best describes how often that problem has bothered you IN THE LAST 2 WEEKS.

Please write down your most distressing event:

Length of time since the event:

	0	1	2	3	
	Not at all or only at one time	Once a week or less/ once in a while	2 to 4 times a week/ half the time	5 or more times a week/almost always	
1.	0	1	2	3	Having upsetting thoughts or images about the event that came into your head when you didn't want them
2.	0	1	2	3	Having bad dreams or nightmares
3.	0	1	2	3	Acting or feeling as if the event was happening again (hearing something or seeing a picture about it and feeling as if I am there again)
4.	0	1	2	3	Feeling upset when you think about it or hear about the event (for example, feeling scared, angry, sad, guilty, etc)
5.	0	1	2	3	Having feelings in your body when you think about or hear about the event (for example, breaking out into a sweat, heart beating fast)
6.	0	1	2	3	Trying not to think about, talk about, or have feelings about the event
7.	0	1	2	3	Trying to avoid activities, people, or places that remind you of the traumatic event
8.	0	1	2	3	Not being able to remember an important part of the upsetting event
9.	0	1	2	3	Having much less interest or doing things you used to do
10.	0	1	2	3	Not feeling close to people around you
11.	0	1	2	3	Not being able to have strong feelings (for example, being unable to cry or unable to feel happy)
12.	0	1	2	3	Feeling as if your future plans or hopes will not come true (for example, you will not have a job or getting married or having kids)

	0		1		2		3
	Not at all or only at one time		Once a week or less/ once in a while		2 to 4 times a week/ half the time		5 or more times a week/almost always
13.	0	1	2	3	Having trouble falling or staying asleep		
14.	0	1	2	3	Feeling irritable or having fits of anger		
15.	0	1	2	3	Having trouble concentrating (for example, losing track of a story on the television, forgetting what you read, not paying attention in class)		
16.	0	1	2	3	Being overly careful (for example, checking to see who is around you and what is around you)		
17.	0	1	2	3	Being jumpy or easily startled (for example, when someone walks up behind you)		

The Child PTSD Symptom Scale (CPSS) – Part 2

Indicate below if the problems you rated in Part 1 have gotten in the way with any of the following areas of your life DURING THE PAST 2 WEEKS.

	Yes	No	
18.	Y	N	Doing your prayers
19.	Y	N	Chores and duties at home
20.	Y	N	Relationships with friends
21.	Y	N	Fun and hobby activities
22.	Y	N	Schoolwork
23.	Y	N	Relationships with your family
24.	Y	N	General happiness with your life

ANEXO III

“Escala de Sintomas de Pós-*Stress* Traumático para Crianças” (E.S.P.S.T-C)

Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças

Edna B. Foa, Kelly M. Johnson, Norah C. Feeny, Kimberli R. H. Treadwell, traduzida e adaptada por Vânia Duarte Costa e Ana Sani (2006)

Local:

Data: _____

Tempo de administração:

Idade: _____

Escolaridade: _____

Sexo: _____

Outra informação relevante: _____

Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças

Edna B. Foa, Kelly M. Johnson, Norah C. Feeny, Kimberli R. H. Treadwell, traduzida e adaptada por Vânia Duarte Costa e Ana Sani (2006)

Parte I

Abaixo, está uma lista de consequências que as crianças por vezes têm após uma experiência perturbante. Lê atentamente cada uma delas e circunda o número (0-3) que melhor descreva com que frequência essas consequências te tem preocupado NAS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

Por favor, escreve em baixo a tua experiência mais stressante

Há quanto tempo ocorreu essa experiência

0	1	2	3
<i>Nenhuma ou uma vez</i>	<i>Uma vez por semana ou menos / de vez em quando</i>	<i>2 a 4 vezes por semana / metade do tempo</i>	<i>5 ou mais vezes por semana / quase sempre</i>

- | | | | | | |
|----|--|---|---|---|---|
| 1. | Ter pensamentos ou imagens perturbantes sobre a experiência, que surgem na tua cabeça quando não querias. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 2. | Ter sonhos maus ou pesadelos. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 3. | Agir ou sentir como se a experiência estivesse a acontecer novamente (ouvir algo ou ver uma imagem relacionada com isso e ter a sensação de lá estar outra vez). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 4. | Sentir perturbado quando pensas ou ouves acerca da experiência (por exemplo, sentir medo, raiva, tristeza, culpa, etc.). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 5. | Ter reacções físicas quando pensas ou ouves acerca da experiência (por exemplo, transpirar, batimento acelerado). | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 6. | Tentar não pensar, falar, ou ter sentimentos relacionados com a experiência | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 7. | Tentar evitar actividades, pessoas, ou lugares que te lembram a experiência traumática. | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 8. | Não ser capaz de lembrar uma parte importante da experiência perturbante. | 0 | 1 | 2 | 3 |

0	1	2	3
<i>Nenhuma ou uma vez</i>	<i>Uma vez por semana ou menos / de vez em quando</i>	<i>2 a 4 vezes por semana / metade do tempo</i>	<i>5 ou mais vezes por semana / quase sempre</i>

9.	Ter muito menos interesse em fazer coisas que costumavas fazer.	0	1	2	3
10.	Não sentir proximidade às pessoas que te rodeiam.	0	1	2	3
11.	Não ser capaz de ter sentimentos fortes (por exemplo, ser incapaz de chorar ou de sentir-se alegre).	0	1	2	3
12.	Sentir como se os teus planos futuros ou esperanças não se realizarão (por exemplo, não ter emprego, não casar ou não ter crianças).	0	1	2	3
13.	Ter dificuldade em adormecer / Ter insónias.	0	1	2	3
14.	Sentir-se irritável ou ter ataques de raiva.	0	1	2	3
15.	Ter problemas de concentração (por exemplo, não conseguir acompanhar uma história na televisão, esquecer o que foi lido, não prestar atenção à aula).	0	1	2	3
16.	Ser excessivamente cauteloso (por exemplo, verificar quem é o que te rodeia).	0	1	2	3
17.	Estar nervoso ou facilmente assustado (por exemplo, quando alguém caminha atrás de ti).	0	1	2	3

Parte 2

Indica abaixo, se as consequências que tu avaliaste na Parte 1, interferiram em alguma das seguintes áreas da tua vida, DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS.

	Não	Sim
18. Fazer as tuas orações	N	S
19. Tarefas e obrigações em casa	N	S
20. Relações com amigos	N	S
21. Diversão e actividades de passatempo	N	S
22. Trabalho escolar	N	S
23. Relações com a tua família	N	S
24. Felicidade com a tua vida em geral	N	S

ANEXO IV

Retradução da CPSS

✓ BELOW THERE'S A LIST OF CONSEQUENCES THAT CHILDREN OCCASIONALLY HAVE AFTER A DISTURBING EXPERIENCE.

READ CAREFULLY EACH ONE AND SIGNALIZE THE NUMBER (0-3) THAT BEST DESCRIBES HOW OCCURRENT IN THE PAST TWO WEEKS THOSE CONSEQUENCES HAVE YOU CONCERNED.

- PLEASE WRITE DOWN YOUR MOST STRESSFUL EXPERIENCE
- HOW LONG DID THAT OCCURRED.

0	1	2	3
ONE OR MORE	ONCE A WEEK OR LESS OCCASIONALLY	2 TO 4 TIMES A WEEK HALF THE TIME	5 OR MORE TIMES A WEEK ALWAYS ALMOST

- 7- 0 1 2 3 - TO HAVE THOUGHTS OR DISTURBING IMAGES ABOUT THE EXPERIENCE (THAT COME UP TO YOUR HEAD WHEN YOU WISH NOT)
- 2 - TO HAVE BAD DREAMS OR NIGHTMARES
- 3 - TO ACT OR FEEL AS IF THE EXPERIENCE WAS HAPPENING ONCE AGAIN (HEAR OR SEE AN IMAGE SOMEHOW RELATED TO THAT EXPERIENCE MAKING YOU FEEL BEING THERE AGAIN).
- 4 - TO FEEL DISTURBED WHEN YOU THINK OR HEAR SOMETHING ABOUT THAT (FOR EXAMPLE - FEAR, ANGER, SADNESS, GUILT, ETC)
- 5 - TO HAVE PHYSICAL REACTIONS WHEN YOU THINK OR HEAR ABOUT THAT EXPERIENCE (FOR EXAMPLE HAVE FAST HEART THROB, SWEATING)
- 6 - TRY NOT TO THINK, SPEAK OR HAVE FEELING EXPERIENCE RELATED.
- 7 - TRY TO AVOID ACTIVITIES, PEOPLE OR PLACES THAT REMIND YOU OF THE TRAUMATIC EXPERIENCE.
- 8 - NOT BEING ABLE TO REMEMBER AN IMPORTANT PART OF THE TRAUMATIC EXPERIENCE.

TO HAVE A LESSER INTEREST IN DOING WHAT YOU USED TO DO.

- 10 - NOT FEELING PROXIMITIES TO THOSE THAT ARE AROUND YOU.
- 11 - NOT BEING ABLE TO HAVE STRONGER FEELINGS FOR EXAMPLE, BEING UNABLE TO CRY OR FEEL JOYOUS.
- 12 - FEEL AS IF YOUR FUTURE PLANS OR HOPES WILL NOT COME TRUE (FOR EXAMPLE NOT HAVING A JOB MARRIAGE OR NOT HAVING CHILDREN).
- 13 - HAVING INSOMNIA OR TROUBLE TO FALL ON SLEEP.
- 14 - HAVING ANGER ATTACK (ATTACK)
- 15 - HAVING TROUBLE TO FOCUS (FOR EXAMPLE CANT BE ABLE TO FOLLOW A STORY ON TV, FORGET WHAT WAS READ, NOT TO PAY ATTENTION TO THE CLASS LESSON.
- 16 - BEING OVER CAUTIOUS (FOR EXAMPLE LOOKING WHO AND WHAT IS AROUND YOU).
- 17 - BEING NERVOUS OR EASILY FRIGHTENED (FOR EXAMPLE WHEN SOMEONE WALKS BEHIND YOU).

PART II

POINT BELOW, IF THE CONSEQUENCES THAT YOU HAVE ASSESSED IN PART ONE, HAVE INTERFERED IN SOME OF THE FOLLOWING AREAS OF YOUR LIFE, ON THE PAST TWO WEEKS.

- 18 & N - MAKE YOUR PRAYERS
- 19 - DUTIES AND HOUSE TASKS
- 20 - FRIENDSHIP RELATIONS
- 21 - AMUSEMENT AND HOBBIES ACTIVITIES
- 22 - SCHOOL WORK
- 23 - FAMILY RELATIONSHIPS
- 24 - LIFE HAPPINESS, WITH YOUR LIFE IN GENERAL.

ANEXO V

Procedimentos de administração da E.S.P.S.T-C

Procedimentos de Administração

- Cada criança e jovem, sinalizada como vítima de experiência (s) de violência interpacional, única ou continuada, é solicitada a colaborar no estudo, em regime voluntário, através de contacto escrito, telefónico, ou no âmbito de consulta
- A aceitação de participar no estudo, deve ser legitimada através do preenchimento prévio de um termo de consentimento informado (pelo próprio participante, quando maior, pelos pais ou responsáveis, quando menor).
- Antes de ser assinado o termo de consentimento informado, deve-se dar primeiro a conhecer os objectivos do estudo⁶⁷, garantindo a confidencialidade das informações prestadas.
- Para se reduzir os riscos de enviesamento inerentes a eventuais dificuldades na interpretação das questões, todos os participantes devem preencher a Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças, na presença do investigador, ou pessoa habilitada, para esclarecimentos de dúvidas.

⁶⁷ Este estudo exploratório, realizado no âmbito de dissertação de Mestrado na área de especialização em Psicologia da Saúde, tem como objectivo principal a avaliação da presença de sintomatologia de pós-stress traumático, numa amostra de menores que tenham experienciado violência interpacional (física, verbal, psicológica).

ANEXO VI

Documento de consentimento informado
(para responsáveis legais ou maiores)

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, _____, responsável pelo(a) menor _____, declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa em questão, e que recebi, de forma clara e objectiva, todas as explicações pertinentes acerca do estudo. Asseguro ainda, que fui informado(a) de que tenho o direito de não aceitar que o(a) menor supracitado(a) participe da investigação em questão, e caso o permita que todos os dados identificatórios serão sigilosos.

Assim, consinto que o(a) menor a meu cargo preencha a **Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças.**

ASSINATURA

Data:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO (para maiores)

Eu, _____, declaro que fui informado(a) sobre todos os procedimentos da pesquisa em questão, e que recebi, de forma clara e objectiva, todas as explicações pertinentes acerca do estudo. Asseguro ainda, que fui informado(a) de que tenho o direito de não aceitar participar da investigação em questão, e caso aceite que todos os dados identificatórios serão sigilosos.

Assim, aceito preencher a **Escala de Sintomas de Pós-Stress Traumático para Crianças**.

ASSINATURA

Data:

ANEXO VII

Documento de consentimento informado para instituições

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Declaramos que, em nome da Instituição _____, aceitamos acolher a Lic^a Vânia Aónia Duarte Costa, no âmbito da realização do seu estudo intitulado “Sintomatologia de pós-*stress* traumático em menores expostos a violência interparental”.

Neste sentido, garantimos que serão dadas à candidata em questão, a colaboração bem como todas as condições necessárias ao bom desenvolvimento do seu trabalho de Mestrado no domínio da Psicologia, especialidade Psicologia da Saúde, pela Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

ASSINATURA

Data:

ANEXO VIII

Matriz de correlação de Pearson (1ª parte escala)

		Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17
Item1	r																	
	p																	
Item2	r	,541***																
	p	,000																
Item3	r	,580***	,487***															
	p	,000	,000															
Item4	r	,514***	,319**	,484***														
	p	,000	,009	,000														
Item5	r	,538***	,398**	,487***	,472***													
	p	,000	,001	,000	,000													
Item6	r	,027	,061	,233	,190	-,035												
	p	,831	,627	,058	,124	,782												
Item7	r	,333**	,349**	,411**	,274*	,351**	,333**											
	p	,006	,004	,001	,025	,004	,006											
Item8	r	,227	,164	,299*	,324**	,040	,416***	,114										
	p	,067	,188	,014	,007	,748	,000	,358										
Item9	r	,401**	,404**	,496***	,240	,291*	,233	,367**	,376**									
	p	,001	,001	,000	,050	,017	,058	,002	,002									
Item10	r	,492***	,483***	,446***	,389**	,337**	,014	,320**	,234	,338**								
	p	,000	,000	,000	,001	,005	,907	,008	,056	,005								
Item11	r	-,037	,166	,091	,312*	,320**	,092	,043	,229	,139	-,037							
	p	,770	,183	,463	,010	,008	,461	,732	,062	,264	,766							
Item12	r	,322**	,539***	,234	,403**	,456***	-,070	,113	,219	,348**	,316**	,489***						
	p	,008	,000	,057	,001	,000	,571	,365	,075	,004	,009	,000						
Item13	r	,542***	,446***	,308*	,505***	,451***	,026	,219	,200	,262*	,268*	,121	,377**					
	p	,000	,000	,011	,000	,000	,833	,075	,104	,032	,029	,328	,002					
Item14	r	,361**	,448***	,500***	,383**	,426***	,072	,151	,154	,330**	,265*	,061	,250*	,507***				
	p	,003	,000	,000	,001	,000	,564	,223	,213	,006	,030	,626	,042	,000				
Item15	r	,383**	,391**	,358**	,282*	,453***	-,070	-,038	,163	,408**	,390**	,252*	,379**	,343**	,453***			
	p	,002	,001	,003	,021	,000	,571	,759	,187	,001	,001	,039	,002	,005	,000			
Item16	r	,270*	,183	,402**	,348**	,249*	,204	,275*	,337**	,346**	,263*	-,028	,124	,104	,178	,155		
	p	,030	,144	,001	,004	,044	,100	,026	,006	,004	,033	,825	,323	,405	,153	,214		
Item17	r	,303*	,395**	,462***	,331**	,392**	,131	,414***	,172	,488***	,310*	,132	,396**	,215	,348**	,205	,423***	
	p	,013	,001	,000	,006	,001	,290	,000	,164	,000	,011	,289	,001	,081	,004	,097	,000	
Total	r	,691***	,696***	,727***	,667***	,683***	,287*	,518***	,450***	,661***	,581***	,343**	,606***	,615***	,605***	,564***	,481***	,627***
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,019	,000	,000	,000	,000	,005	,000	,000	,000	,000	,000	,000

r (coeficiente de pearson) p (valor prova) * p < .05 ** p < .01 ***p<.001

